Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

La extraordinaria historia real de supervivencia, valentía y un descubrimiento que podría transformar las vidas de millones de personas

Traducción al español — Parte 1 de ?

Portada · Agradecimientos · Prólogo · Introducción · Diez pasos · Capítulos 1–2

Cómo hambrear al cáncer… sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Copyright © 2018: Jane McLelland

Publicado por Agenor Publishing W1F 7TG

En asociación con Conscious Dreams Publishing

www.consciousdreamspublishing.com

Primera impresión en el Reino Unido, 2018

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, distribuida ni transmitida de ninguna forma ni por ningún medio, incluidas fotocopias, grabaciones u otros métodos electrónicos o mecánicos, sin el permiso previo por escrito del editor, excepto en el caso de citas breves incluidas en reseñas críticas y otros usos no comerciales permitidos por la ley de derechos de autor.

Aviso importante y descargo de responsabilidad:

Este libro NO es ni pretende ser consejo médico. Las historias de este libro reflejan las experiencias y recuerdos de la autora y buscan ampliar el debate actual sobre el tratamiento del cáncer.

La autora y el editor no son responsables de ninguna lesión personal o daño que pueda surgir de la aplicación incorrecta o de que el individuo no busque el asesoramiento médico correcto en relación con cualquiera de los tratamientos descritos en este libro. La autora es fisioterapeuta colegiada y nutricionista autodidacta, no médico. Lo que puede funcionar para una persona puede no funcionar para otra. El tratamiento eficaz de un tipo de cáncer puede no funcionar contra otro tipo.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), el NICE y la MHRA no aprueban actualmente el uso de ninguno de estos medicamentos «fuera de indicación» para el tratamiento del cáncer. Los medicamentos utilizados para una afección o propósito diferente al que originalmente se les otorgó la licencia se denominan «fuera de indicación». Solo tu propio médico y tú podéis decidir si estos medicamentos son adecuados para ti. La investigación con medicamentos «fuera de indicación» para su uso en el cáncer se encuentra todavía en fases muy iniciales. El uso de cualquiera de ellos debe considerarse experimental y tomarse con extrema precaución y responsabilidad, y con el pleno conocimiento y aprobación de un profesional médico.

Estos medicamentos y otras modalidades de tratamiento no se han demostrado de forma concluyente en grandes ensayos clínicos aleatorizados, el estándar de referencia antes de que una terapia se adopte como estándar de atención. Por ello, tu médico no te ofrecerá estos tratamientos y tu seguro médico podría verse afectado.

ISBN: 978-0-9519517-2-9

Dedicatoria

Para mi sufrido esposo Andrew.

Y para Jamie y Sam,

los hermosos y radiantes rayos de sol en mi vida.

Agradecimientos

Hoy no estaría aquí de no ser por los «Generales» de esta revolución, los numerosos «Otto Warburgs» que continúan defendiendo las teorías metabólica, epigenética e infecciosa del cáncer. Todos han sido hostigados, ridiculizados y perseguidos por sus creencias mientras navegan contra el dogma arraigado de que el cáncer es simplemente el resultado de mutaciones genéticas aleatorias, que la enfermedad es solo «mala suerte» y que poco podemos hacer para evitarla.

Escribir este libro no ha sido fácil. Lo intenté en varias ocasiones en el pasado y nunca pasé de unas pocas páginas antes de que el dolor emocional me obligara a dejar la pluma y abandonarlo. Y escribir sobre los tratamientos médicos sin mi historia tiene poco sentido. Así que tuve que apartar mis sentimientos personales para contar mi historia, de cómo di con mi cóctel metabólico, un descubrimiento que podría ayudar a tantas personas a hambrear su cáncer, a detenerlo en seco. Y cuando más ensayos investiguen mis hallazgos, podrían llegar a revelarse como la cura. A veces la respuesta está a la vista, solo necesitamos abrir los ojos y ver la situación desde una perspectiva diferente para verla.

Este manuscrito no estaría completo sin la ayuda de mis seguidores; mi «tripulación» en mi grupo de Facebook que no ha dejado de enviarme mensajes de aliento. Vosotros sabéis quiénes sois; gracias a todos por estar a mi lado, creer en mí y animarme a publicar esto.

Un agradecimiento especial a varios miembros de mi tripulación de Facebook: Jill Bishop, Jennifer Steil, Jenny de Montfort, Matt Shoard y Gaynor Sheahan, quienes me han dado un valioso feedback sobre el manuscrito. Su entusiasmo me mantuvo en marcha cuando la tarea a menudo parecía demasiado grande y me sentía agobiada por la investigación.

Y mi grupo de Facebook no existiría si no fuera por la Care Oncology Clinic y la repentina avalancha de información sobre medicamentos antiguos, apartados y olvidados, pero potencialmente tan poderosos cuando se usan juntos en el cóctel adecuado.

Un enorme y agradecido gracias a mis mentores Gregory Stoloff y al Dr. Robin Bannister, fundadores de la Care Oncology Clinic, y a todos los médicos que trabajan con ellos, no solo por su fe en mí, sino por su incansable labor a pesar de la hostilidad de muchos en la profesión oncológica.

Y al Dr. Pan Pantziarka y a todos los que trabajan en el proyecto ReDo —«reutilización» de medicamentos antiguos contra el cáncer— para llevar estos baratos y olvidados medicamentos a la primera línea de la lucha contra el cáncer. Sin olvidar a los muchos científicos e investigadores anónimos que aportan la evidencia de los tratamientos. Esta es nuestra munición y nuestro armamento. Os debemos vuestro trabajo; os debo mi vida.

Enormes gracias al difunto Wayne Martin y a la Dra. Betty Rhodes, verdaderos héroes personales míos; ambos me hicieron conocer el potencial del antiguo medicamento dipiridamol. Un enorme gracias a mi gurú el Dr. Etienne Callebout, quien me recetó este

medicamento y muchos suplementos útiles. Eres un verdadero defensor de los pacientes.

A mi oncólogo el Profesor «T», que me recetó el cóctel de etodolac y lovastatina. Al Dr. Julian Kenyon, quien me recetó metformina y administró vitamina C intravenosa e infusiones de ozono. Y al difunto Dr. Patrick Kingsley por la irradiación ultravioleta de la sangre y la vitamina C intravenosa, quien también me dio la incalculable confianza en mí misma. A la Dra. Wendy Denning, que sigue vigilándome de cerca y suministrándome hormonas naturales y más vitamina C intravenosa cuando la necesito.

A mi amigo Travis Christofferson, autor del brillante Tripping Over The Truth, con quien espero que juntos podamos cambiar los viejos dogmas arraigados con palabras y hechos.

A Robin Daly y a todos en Yes To Life, una fantástica organización benéfica y portal de información, que recauda fondos para ayudar a más personas a pasar por el programa de la Care Oncology Clinic y los programas integradores de cáncer.

A todos los que trabajan en la Life Extension Foundation y en la revista Townsend Letter for Doctors and Patients.

A todos los médicos integradores y funcionales que están cambiando el enfoque médico obsoleto actual (el Dr. Mark Hyman, el Dr. Rangan Chaterjee, el Dr. Michael Mosley y el Dr. Aseem Malhotra, siendo ejemplos brillantes). Aportáis esperanza y ayuda a tantos tratando el origen de la enfermedad en lugar de meramente tratar los síntomas. Pioneros. Os saludo a todos.

Muchas gracias a Daniella Blechner de Conscious Dreams Publishing por su paciencia y ayuda, asegurándose de que este libro se convirtiera finalmente en realidad. Gracias también a Oksana Kosovan, mi maquetadora.

Un agradecimiento especial a las siguientes personas maravillosas por apoyarme generosamente: Sarah Day, Sarah Youngman, Lisa Kuhwald, Vincent de Jong, Arthur Wolf, Arthur Bruno, Jo Rhind, Karishma Patel, Anne Sofie Bolden Salicath, Gary Quinn, Jessica Bourne, Samara Durhgham Ali-Ahmed, Cheryse Skiles, Karen Fisher, Patricia Pesquera Menendez, Robyn Cameron y Nikki Bregazzi, Gra Ieva, Chris McLaughlin, Ian Holtedahl-Finlay y a todos mis fantásticos amigos marineros. Todos me habéis impulsado y ayudado a dar a luz este libro. Gracias a todos.

El mío es un viaje profundamente personal y, en ocasiones, íntimo, pero para causar impacto y efectuar un cambio real, me di cuenta de que tendría que contar mi historia en su totalidad: los altibajos, la alegría y la agonía. Pero no me contentaba con solo mis memorias. Después de años de investigación no era suficiente; sabía que había elaborado una estrategia para hambrear al cáncer. Así que al final de mis memorias he revelado mi fórmula para hambrear al cáncer, a pesar de no ser médico. ¡Menuda audacia! Así que, armándome de valor y con una gran bocanada de aire, aquí está.

Prólogo

del Dr. George W. Yu,
Profesor Clínico de Cirugía Oncológica Urológica y Pélvica,
Centro Médico de la Universidad George Washington,
Aegis Medical and Research Associates
y Presidente de la Fundación George W. Yu para la Nutrición y la Salud

Leí el libro de Jane en un día y tomé diez páginas de notas. Es una fuente de información, y sin embargo se lee como una novela, bien organizada y con muchas referencias excelentes que enmarcan el tema de «hambrear a las células cancerosas» como parte de un cambio de paradigma alejado de los protocolos oncológicos tradicionales.

El libro se centra en los «medicamentos fuera de indicación» (utilizados para otras enfermedades médicas) con impresionantes resultados de investigación oncológica y resultados clínicos usando Metformina, Dipiridamol (Persantina), Progesterona natural, Berberina, e incluso Estatinas y medicamentos antiinflamatorios AINE. Todos muestran eficacia contra el cáncer más allá de sus indicaciones originales.

Cómo hambrear al cáncer es una lectura obligada para los valientes individuos con cánceres en progresión que quieren una mejor opción que un simple ultimátum desfavorable. Para los pacientes que navegan en aguas desconocidas con poco más que esperanza, este libro les inspirará a tomar el control de su destino.

También es una lectura obligada para los médicos, para comprender a sus pacientes, la diligente búsqueda de respuestas, la búsqueda de ayuda, orientación, reflexión y empatía de sus médicos, tal como hizo Jane con los suyos. Estos pacientes no buscan un protocolo de régimen completamente diferente, sino un programa que se adapte a sus necesidades individuales y a su constitución.

En 1971, el padre de la oncología estadounidense, Sidney Farber, explicó al Congreso de los Estados Unidos:

> *«No es necesario, para lograr grandes avances en la cura del cáncer, tener la solución completa de todos los problemas de la investigación básica. La historia de la medicina está repleta de ejemplos de curas obtenidas años, décadas e incluso siglos antes de que se comprendiera el mecanismo de acción de dichas curas.» — ¡De esto tratan los medicamentos reutilizados y fuera de indicación!*

La investigación pionera de W. Shaeffer sobre los estudios de Transferencia Nuclear del Cáncer y el trabajo del difunto Albert Lehninger (director de Bioquímica), Peter Pedersen (descubridor de la Hexocinasa 2 en las mitocondrias del cáncer) y Young Ko (descubridor del 3-Bromopiruvato, agentes bloqueadores metabólicos), y ahora la investigación de Gregory Riggins sobre el Mebendazol del Instituto Médico Johns Hopkins, nos educaron a los clínicos para comprender que el metabolismo mitocondrial de las células cancerosas se adapta constantemente. Primero puede satisfacer sus necesidades con la fermentación de azúcar y

luego adaptarse para usar glutamina y, eventualmente, incluso usar cetonas para el crecimiento y la supervivencia.

El éxito depende de un enfoque de «cóctel» multimodal, «secuencial y pulsado», al igual que nuestros tratamientos exitosos para la enfermedad del VIH y el SIDA.

Como oncólogo quirúrgico y cirujano de cáncer urológico durante treinta y cinco años, he incorporado la Cetosis de Restricción Calórica Intermitente y la Quimioterapia con Potenciación Metabólica con un éxito creciente y gradual, incluyendo medicamentos reutilizados en el manejo de pacientes. El éxito de la cirugía y la quimioterapia en el cáncer testicular metastásico me hizo creer firmemente en la quimioterapia; sin embargo, mi experiencia trabajando con el Dr. Irvin y el Dr. Dennis Burkett sobre el Linfoma de Burkitt como cirujano misionero me hizo comprender la toxicidad de estos medicamentos y que dosis más bajas también pueden curar a los pacientes, como Jane explica en este libro.

Jane es una mujer valiente y audaz que tuvo una exitosa carrera como Fisioterapeuta Colegiada y luego en la industria de la belleza, que fue azotada por dos cánceres agresivos con diseminación metastásica. Utilizó su gran pasión por la investigación para descubrir tratamientos médicos por su cuenta, paso a paso, error tras error, para finalmente prevalecer y sobrevivir hoy. Cada uno de nosotros que desarrolla un cáncer pasará por mucho de lo que ella experimentó; deben sentirse alentados por su éxito para encontrar sabiduría cuando las rutas tradicionales actuales han predicho resultados fatales.

Dr. George W. Yu

> *«No basta con ser recordado por la riqueza, el conocimiento y los logros. Uno no marca la diferencia a menos que sea la diferencia en la vida de las personas.»*
> *— Joseph Schumpeter, Adolph Drucker, The World According to Peter Drucker, 1998*

> *«Más aún, la marca del verdadero logro y la verdad es cambiar la vida del hombre común que nunca sabrá quién eres.»*
> *— George Yu, M.D.*

Organizado por la Fundación Yu y la familia Reichhart, expertos en metabolismo del cáncer de todo el mundo convergieron en Baltimore para el Retiro Tripping Over the Truth (2017). Sus charlas ya están disponibles en línea. Los ponentes incluían al Dr. George Yu, Jane McLelland, Travis Christofferson, el Profesor Thomas Seyfried, Young Ko, el Dr. Gregory Riggins y muchos otros.

Visita howtostarvecancer.com o YuFoundation.org para más detalles.

Introducción

Se suponía que debía morir. Eso es lo que esperaban mis médicos en 1999 cuando me dieron la noticia de que mi cáncer de cuello uterino se había extendido a los pulmones. Era estadio IV. No existe estadio V. Las estadísticas me daban aproximadamente doce semanas de vida.

Pocas cosas son tan motivadoras como el espectro de una muerte cierta e inminente. De ninguna manera estaba lista para abandonar este planeta. Era joven, tenía solo treinta y cinco años. Estaba enamorada. Tenía un deseo desesperado de tener hijos. Tenía ambiciones profesionales. No podía aceptar que no hubiera otro tratamiento que la quimioterapia y la radiación convencionales. Me negaba a aceptar que no tenía futuro.

Decidida a encontrar una cura, me lancé a la investigación. Estaba segura de que la profesión médica se estaba perdiendo algo. Como Fisioterapeuta Colegiada, tenía formación científica que me permitía buscar y asimilar información rápidamente. El cáncer, comprendí, se comporta como un parásito. Las células cancerosas en mi cuerpo estaban robándome nutrientes, sangre e inmunidad y usándolos como armas contra mí. Los parásitos prosperan y se reproducen sin freno hasta que agotan su fuente de alimento o matan a su huésped. Con el cáncer, suele ser lo último.

¿Pero cómo podría hambrear al cáncer de estos nutrientes sin hacerme pasar hambre a mí misma? Esta era la pregunta que me propuse responder, usándome a mí misma como conejillo de indias. Que yo sepa, nadie lo había hecho antes. Nadie había elaborado todavía una constelación de terapias, usando medicamentos seguros y antiguos y compuestos naturales que atacarían el metabolismo canceroso anormal, así como la genética; es decir, atacar las células desde todas las direcciones.

El cáncer, he aprendido, tiene varias fuentes de alimento: glucosa, glutamina, ácidos grasos y cetonas. También utiliza la grasa saturada para viajar por el cuerpo.

Sabía que tendría que privar a mis células cancerosas de todos estos nutrientes si quería eliminarlas, especialmente en un estadio avanzado de la enfermedad. Necesitaría un gran arsenal de armas. Pero tendrían que causarme el menor daño posible.

Comencé una dieta para hambrear al cáncer, eliminando el azúcar y otros alimentos que el cáncer adora consumir. Cuando eso no fue suficiente, añadí suplementos poderosos. En última instancia, fue una combinación de medicamentos comunes antiguos utilizados de forma poco común, la dieta y los suplementos lo que obligó a mis células cancerosas a desvanecerse. Cuando usé todas estas armas juntas actuaron sinérgicamente, sus efectos anticancerígenos se potenciaron. ¡Boom! Mi cáncer retrocedió hacia la remisión.

Desde 2004 no ha vuelto.

Por fin el concepto de «hambrear al cáncer» se ha convertido en la nueva frontera candente de la investigación oncológica, validando mis teorías que ya sostenía desde hace

tiempo. Varios estudios han demostrado la eficacia de las dietas para hambrear al cáncer. En 2015, me emocioné enormemente al descubrir que una clínica en Londres había comenzado a estudiar una combinación de medicamentos casi idéntica al cóctel que yo inventé. Y sus resultados son impresionantes. Una clínica en Estambul también utiliza una combinación de métodos para hambrear al cáncer, nuevamente con resultados sobresalientes. Las compañías farmacéuticas ahora se pelean por desarrollar medicamentos metabólicos para atacar el cáncer.

Pero ya existen soluciones y cuestan solo unos céntimos al día. Los medicamentos que tomé están ampliamente recetados para otras afecciones médicas. Incluyen metformina, comúnmente recetada para la diabetes; estatinas, a menudo utilizadas para tratar el colesterol alto; dipiridamol, dado a pacientes con accidentes cerebrovasculares; y un medicamento antiinflamatorio (aspirina y luego etodolac). Y en 2007, durante tres meses, tomé un medicamento llamado cimetidina, disponible sin receta en muchos países para las úlceras de estómago, aunque yo lo tomé por sus efectos potenciadores del sistema inmunológico. Tomar mi cóctel de medicamentos solo durante unos meses fue suficiente para detener mi cáncer en sus intentos de apoderarse de mi cuerpo.

Todos estos medicamentos son baratos y sin patente, razón por la cual la industria farmacéutica los ha ignorado en gran medida, a pesar de la investigación que respalda su eficacia contra el cáncer. Las compañías farmacéuticas están con demasiada frecuencia más interesadas en ganar dinero que en curar a las personas.

¿Recuerdas los años 80, cuando un diagnóstico de VIH era una sentencia de muerte? Ahora, la mayoría de las infecciones por VIH se pueden controlar con un cóctel de medicamentos. Las personas seropositivas pueden llevar vidas saludables y tener una esperanza de vida casi normal. Creo que esto también podría ser el futuro del cáncer.

Una transformación fundamental en oncología lleva demasiado tiempo esperando. Se prevé que el número de personas diagnosticadas con cáncer aumente un 70% para 2030. Se necesita urgentemente un nuevo enfoque si queremos detener esta situación cada vez más trágica que promete ser un momento boyante para la industria farmacéutica. En general, vivimos más tiempo, pero no de forma más saludable. Esto tiene que cambiar. Asumir la responsabilidad personal de nuestro propio bienestar es una necesidad.

Ahora hay varios ensayos en marcha, utilizando medicamentos antiguos y olvidados para tratar una variedad de cánceres. Lamentablemente, la mayoría prueba solo un medicamento a la vez junto con los tratamientos ortodoxos, por lo que el progreso es dolorosamente lento. Las escurridizas células madre del cáncer (las células iniciadoras no afectadas por la quimioterapia y la radioterapia) pueden ser alcanzadas y eliminadas con muchos de estos medicamentos. Esto significa que en combinación con otros tratamientos —administrados en dosis menos tóxicas— ofrecen la emocionante posibilidad de convertir el cáncer en una enfermedad crónica a largo plazo o en remisión permanente (¡es decir, una cura!).

Esta es la historia de cómo vencí todas las probabilidades y forjé un camino único, en algún punto entre la medicina complementaria y la ortodoxa, no solo librándome del cáncer

sino recuperando una salud vibrante en el camino. En mi viaje descubrí algunas verdades sencillas que finalmente me llevaron a mi enfoque para vencer al cáncer: hambrearlo, detener su propagación y luego apagarlo.

Me aferré obstinadamente a la vida como un Yorkshire terrier que no suelta un zapato viejo, grrr, y quiero mostrarte cómo tú también puedes clavar los dientes. Si te han dicho que ya no se puede hacer nada más, estoy aquí para hacerte saber que esto casi con toda certeza no es verdad.

Te deseo una vida sana, feliz y «revolucionaria».

Diez pasos para hambrear al cáncer

Primero, los antecedentes…

En 1924, Otto Warburg descubrió que todas las células cancerosas tienen un metabolismo alterado; fue galardonado con el Premio Nobel de Fisiología por este descubrimiento en 1931. La forma en que las células cancerosas utilizan los nutrientes para obtener energía ha retrocedido. Observó que las mitocondrias (las centrales eléctricas) en las células malignas dejan de funcionar correctamente y la energía se produce en el citoplasma celular, revirtiendo a como funcionaba la célula cuando la atmósfera era anaeróbica o carecía de oxígeno. De hecho, Warburg solo tenía parcialmente razón. La célula cancerosa también puede regular al alza otras vías para mantener sus necesidades energéticas, incluida la vía normal de fosforilación oxidativa.

Este metabolismo anormal necesita enormes cantidades de glucosa y glutamina (un aminoácido) y también hay un aumento del metabolismo lipídico (graso). Por increíble que parezca, hasta 2011 los investigadores no reconocieron esto y admitieron el Efecto Warburg como un sello distintivo del cáncer. Lo que es aún peor, la teoría somática (génica) sigue siendo aceptada por la profesión médica como el único motor del cáncer. Por otro lado, los médicos integradores nunca olvidaron a Warburg.

En la década de 1950, surgió el campo de la oncología con el uso de quimioterapia y radioterapia dirigidas al gen de la célula y al ciclo celular. Este enfoque genético se vio impulsado aún más cuando se descubrió en la década de 1960 que el gen p53 estaba implicado en muchos cánceres. Lo que no se reconoció fue que el p53 afectaba al metabolismo, aumentando la glucólisis (la degradación del azúcar para obtener energía) y la glutaminolisis (la degradación de la glutamina para obtener energía), al igual que muchas de las principales mutaciones genéticas (p. ej., BRAF, c-MYC). Estos cambios metabólicos desencadenan cambios mutagénicos adicionales.

El cáncer comprende un componente genético, un componente metabólico y una señalización celular anormal. Actualmente, la oncología convencional trata solo el componente genético; se centra meramente en la división celular anormal y las dianas genéticas mutadas, aunque recientemente se han aprobado algunos medicamentos para atacar los puntos de control inmunológico con un pequeño grado de éxito a corto plazo.

Lo que se comprende menos es que tratar el metabolismo combinado con estos enfoques genéticos mejorará cualquier otra terapia contra el cáncer, revirtiendo a menudo la «resistencia a los medicamentos», un fenómeno común en el que los genes han mutado y se han vuelto resistentes a la quimioterapia o la inmunoterapia.

La investigación sobre el núcleo celular, la doble hélice del ADN (vista como el «código de la vida») y la decodificación del genoma a través del Proyecto Atlas del Genoma Humano debía revelar todas las respuestas. En cambio, lo que se descubrió fue un desorden aleatorio.

No había respuesta genética al cáncer. Pero el metabolismo alterado, el aumento de la captación de glucosa y/o glutamina, resultó ser común a todos los cánceres.

Hambrear al cáncer es ahora el área «candente» de investigación y descubrimiento de medicamentos, aunque ya existen soluciones baratas, sin patente y muy eficaces.

Las descubrí por mi cuenta entre 1999 y 2003, sin ninguna asistencia del campo médico. Simplemente nunca me las sugirieron. En su lugar tuve que persuadir a varios médicos, complementarios y ortodoxos, para que me las recetaran.

Como los medicamentos que descubrí no tienen patente, no hay incentivo financiero para que las grandes compañías farmacéuticas los exploren y continúan siendo ignorados. Incluso hay un intento de suprimir estos medicamentos antiguos porque representan una amenaza financiera para estas grandes corporaciones y los grandes organismos benéficos contra el cáncer.

Con la llegada de mejores métodos de detección (resonancias magnéticas, escáneres PET) que mostraron que la quimioterapia y la radioterapia reducían los tumores rápidamente, el sector convencional sigue convencido de la teoría somática. Es una decisión precipitada, alimentada por el pánico y el hambre de resultados rápidos. En la carrera frenética por deshacerse de un tumor, el paciente es sobretratado con altos niveles de quimioterapia, radioterapia o terapias dirigidas. Este enfoque está condenado al fracaso: solo hace al paciente más resistente al tratamiento futuro. Centrarse en el ADN no afecta a la «célula madre» del cáncer. El cáncer regresa con más fuerza y agresividad que antes. El cáncer muta y finalmente se vuelve resistente a estos tratamientos «dirigidos».

Tratar el metabolismo del cáncer, por otro lado, junto con enfoques dirigidos, llegará a la célula madre y ofrecerá la oportunidad real de una cura. Pero estos tratamientos son mucho más lentos y tardan muchos meses. Tanto el paciente como el oncólogo necesitarán paciencia.

Para la década de 1970, surgieron dos campos distintos: el alternativo y el convencional. La guerra entre los dos ha ido escalando gradualmente, cada campo diciendo que el otro está equivocado. Ahora está en su punto álgido, dejando al pobre paciente en el medio. ¿A quién deben escuchar y qué deben hacer? Todo lo que el paciente quiere es mejorar. Es confuso y aterrador.

En efecto, ninguno de los dos enfoques es ideal. Los pacientes reciben con regularidad un tratamiento excesivo y son envenenados con demasiada quimioterapia. Además, usadas por sí solas, las dietas recomendadas rara vez funcionan a menos que sean muy extremas y la mayoría de los pacientes tienen dificultades para seguirlas.

Lo que descubrí fue que el todo es mayor que la suma de sus partes. En otras palabras, que combinar enfoques metabólicos y genéticos más que duplica la eficacia de cada uno. Trabajan en sinergia, amplificando los efectos de los demás.

Entonces, cuando tú o un ser querido son diagnosticados con cáncer, ¿qué debes hacer? En primer lugar, armarte de conocimiento. Busca la comunidad y la solidaridad que necesitas no solo para superar el cáncer, sino para prosperar. Y recuerda, sin importar lo que te diga la medicina convencional, hay mucho más que se puede hacer.

1. Únete a mi revolución

Mi grupo de Facebook «Jane McLelland Off Label Drugs For Cancer» (¡título pegadizo!) tiene mucha charla y debate sobre varios medicamentos fuera de indicación. Animo los artículos científicos y revisados por pares y, por supuesto, las historias de experiencia personal siempre son inspiradoras. www.facebook.com/groups/off.label.drugsforcancer Visita también y suscríbete para recibir actualizaciones por correo electrónico en www.howtostarvecancer.com. Los datos personales nunca serán compartidos.

2. Asiste a la Care Oncology Clinic

Esta clínica pionera ya ha tratado a más de mil pacientes con su combinación de medicamentos fuera de indicación de metformina, atorvastatina, doxiciclina y mebendazol. Todos estos medicamentos, sus beneficios y los que yo usé se analizan tanto en este libro como en mis páginas web.

3. Asóciate con un médico integrativo o de medicina funcional

Debes incorporar inmediatamente la terapia complementaria en tu tratamiento. El médico adecuado puede comprobar tu estado de micronutrientes, trabajar en problemas intestinales (intestino permeable, disbiosis), recomendar suplementos y vitamina C intravenosa u otros tratamientos si es necesario.

4. Asóciate con un nutricionista

Debes encontrar un nutricionista con experiencia en ayuno intermitente, cetogénico, bajo en glucemia, macrobiótico o de proteínas reducidas (p. ej., la Dieta Paleo). Él o ella debe adaptar tu ingesta de nutrientes a tus necesidades personales, asegurándose de que la dieta no sea ni innecesariamente compleja ni extrema, ya que los medicamentos ayudan en esto. Aunque en la actualidad no hay nutricionistas oncológicos formados, tu propio conocimiento del combustible que prefiere tu cáncer (la proporción glutamina:glucosa:lípidos) orientará las elecciones de alimentos y te ayudará a hambrear tu cáncer. Por ejemplo, prácticamente todos los cánceres responden a una reducción de la ingesta de glucosa; los cánceres impulsados por glutamina requieren una menor ingesta de proteínas, y los cánceres impulsados por grasas (p. ej., próstata, melanoma) deben evitar las dietas cetogénicas. Reducir la grasa saturada también es importante para todo tipo de cáncer.

5. Educa a tu oncólogo

Ve a www.howtostarvecancer.com o a mi grupo de Facebook, descarga los artículos relevantes y muéstraselos a tu oncólogo. Es vital mantener a tu oncólogo de tu parte. Enfatiza que quieres combinar enfoques genéticos con enfoques metabólicos. ¡Necesitas un colaborador, no un dictador! Lamentablemente, la mayoría de los oncólogos actualmente no están de acuerdo con un enfoque combinado, por una variedad de razones. Encuentra uno que lo esté (consulta mi sitio web para obtener una lista actualizada; los oncólogos que inicialmente se resisten pueden eventualmente convencerse).

6. Haz ejercicio

Investigaciones recientes de la comunidad diabética demuestran que el ejercicio apropiado puede mejorar drásticamente la terapia contra el cáncer. El secreto puede no ser cuánto ejercicio haces, sino cuándo lo realizas. Quince a veinte minutos después de comer, una caminata enérgica extrae glucosa de la sangre y la redirige a los músculos. Esto hambrear eficazmente el microentorno de las células cancerosas.

7. Controla tu glucosa en sangre y tus marcadores sanguíneos

Necesitas controlar tu glucosa en sangre para saber con qué eficacia metabolizas los carbohidratos, tal como se indica a los pacientes diabéticos. Realiza tus marcadores de antígenos y asegúrate de hacerles un seguimiento.

8. Duerme bien y reduce el estrés

La cantidad adecuada de sueño en el momento adecuado, junto con la reducción del estrés, mejorará la inmunidad al tiempo que reduce el cortisol y la resistencia a la insulina. El yoga, la meditación, el ejercicio, incluso los betabloqueantes como el propranolol (que es un bloqueador del crecimiento canceroso muy eficaz) pueden ayudar a mejorar tus posibilidades de vencer al cáncer.

9. Mantente hidratado

Los buenos niveles de hidratación son importantes para reducir la concentración de glucosa en la sangre. Unos niveles elevados de sal cambian el potencial osmótico de tu sangre, fomentando el crecimiento de patógenos. Esto crea inflamación alrededor de la célula cancerosa (el «terreno») y la inflamación impulsa el crecimiento del cáncer.

10. No te rindas

Continúa con una buena dieta de bajo índice glucémico, los suplementos y los medicamentos fuera de indicación, incorporando mucho aceite de oliva (una grasa segura,

a pesar de su contenido en omega-6). Evita el alcohol hasta que el cáncer esté bajo control y los marcadores sean estables y normales; entonces se puede permitir una unidad de vino o un destilado (no cerveza) por semana con vigilancia. Sé estricto en evitar el humo y los carcinógenos, especialmente los que afectan tu equilibrio hormonal. Es imperativo que controles tu glucosa en sangre y hagas un seguimiento de tus niveles de triglicéridos. Los suplementos, el ejercicio y los medicamentos específicos mantendrán bajos los niveles de insulina y glucosa. Es posible vivir con el cáncer, aunque puede que necesites desarrollar un enfoque a largo plazo (como vivir con la diabetes).

La principal barrera para lograr los diez pasos anteriores es que el diagnóstico de cáncer debe provenir de un oncólogo, y la mayoría actualmente no apoyan el enfoque metabólico y genético combinado. He sido testigo de cómo algunos oncólogos sabotean los resultados cuando el paciente muestra una mejora saludable, aumentando la dosis de quimioterapia, lo que efectivamente mata al paciente. Algunos rechazan el tratamiento tradicional por completo si el paciente incluye medicamentos fuera de indicación en su programa de tratamiento. O el oncólogo sugiere un ensayo donde los criterios de inclusión significan que el paciente debe dejar todos los medicamentos metabólicos. He sido testigo de cómo muchos pacientes con enfermedad galopante se estabilizan con los medicamentos de la Care Oncology Clinic, para luego ser obligados a abandonarlos por un ensayo y deteriorarse rápidamente. Los tratamientos combinados funcionan. Cuando se publiquen los datos de la Care Oncology Clinic, mostrarán éxito a un nivel sin precedentes.

Hasta que el enfoque metabólico sea aceptado como estándar de atención, ármate de conocimiento y busca la ayuda que necesitas. Sí, es un camino difícil, pero como yo, tú también puedes lograrlo.

Mi objetivo es inspirarte con mi historia y mis descubrimientos y convencerte de que verdaderamente hay más esperanza de la que puedas pensar.

Actúa. No seas pasivo. No hacer nada no es una opción.

Hambrear tu cáncer. Detener su propagación. Apagarlo.

Hola, nuevo tú.

> *«Es de la naturaleza de la revolución, el derrocamiento de un orden existente, que en sus inicios un número muy pequeño de personas esté involucrado. El proceso, de hecho, comienza con una persona y una idea, una idea que persuade a una segunda, luego a una tercera y una cuarta, y gana fuerza hasta que la idea es contradicha con éxito, absorbida en la sabiduría convencional, o realmente pone al mundo boca abajo. Una revolución requiere no solo munición, sino también armas y hombres dispuestos a usarlas y dispuestos a ser sacrificados en la batalla. En una revolución intelectual, debe haber ideas y defensores dispuestos a desafiar a toda una profesión, al propio establishment, dispuestos a gastar sus reputaciones y carreras en difundir la idea con hechos y palabras.»*

— Jude Wanniski, The Way the World Works, Touchstone Books 1978

PARTE UNO

El descubrimiento de mi protocolo metabólico

Capítulo Uno:

Maracas

«¡Vamos, despierta!» Oí las palabras débilmente mientras intentaba abrir los ojos. Había tenido otra noche agitada, atormentada por pesadillas. Justo cuando por fin había caído en un sueño profundo, alguien me estaba sacudiendo para que me despertara.

«Son las 6. Tienes que levantarte. Tenemos que llegar a la costa para las 8.»

Mi marido Andrew me dio otro afectuoso empujoncito.

«Bien, me estoy moviendo», mentí. Luego recordé por qué tenía que levantarme. ¡Iba a regatear! Sonreí en la oscuridad. Emocionada pero todavía aturdida, aparté las mantas y me dirigí al baño.

La última vez que había navegado con el equipo —en un temerario intento de llevar una vida «normal»— todavía no había terminado mis seis meses de quimioterapia. No había estado lo suficientemente en forma. Durante la primera regata casi había vomitado encima del spinnaker y mis brazos se habían sentido como plomo mientras lo metía en una bolsa de vela abajo. Esperaba sentirme mejor esta vez. Desesperadamente necesitaba sentirme mejor.

Nueve meses antes, en el verano de 1999, me habían diagnosticado un cáncer en estadio IV. Casi cinco años después de que el cáncer primario fuera diagnosticado en mi cuello uterino, se había extendido a mis pulmones. Mi enfermedad y las incesantes rondas de quimioterapia me habían llevado a hibernar durante el invierno, luchando por pasar cada día. Ahora emergía con la primavera, haciendo un esfuerzo consciente por combatir el agotamiento que drenaba mis fuerzas. Había decidido que algo de ejercicio podría combatir la fatiga.

Cogiendo mis bolsas con cierre hermético de suplementos de la cocina, todos extractos botánicos excepto una aspirina de baja dosis, me dirigí a la puerta, metiéndolos bien dentro de un bolsillo fuera de la vista. Andrew me esperaba al volante del coche y me deslicé agradecida en el asiento del pasajero. Se tarda hora y media en conducir hasta Lymington. Quizás podría recuperar algún sueño por el camino.

Intentar tragar suplementos durante la quimioterapia había sido difícil. Había ignorado el consejo de mi oncólogo de no tomar nada en absoluto y había hecho mi propia investigación. Algunos suplementos, como el EGCG del té verde y la curcumina que se encuentra en la cúrcuma, potenciaban la quimioterapia. Ahora que había terminado esas terribles infusiones, el número de suplementos que tomaba se había disparado. Quería toda la ayuda que pudiera obtener. Y podrían marcar la diferencia.

Cuando llegamos, la tripulación estaba reunida en el muelle. Mi amigo Louay llevaba un montón de camisetas. A cada uno de los doce miembros del equipo se le entregó una con su apodo en la espalda.

Mi marido abrió la suya, con su apodo «SPOTTER» estampado. Con su habilidad de experto en barcos, puede decir al instante desde la distancia la marca, el modelo y el tamaño del motor de cualquier barco, así como quién la construyó, cuándo y con qué maestría (bosteza). Me reí nerviosamente y me pregunté qué tenía preparado Louay para mí.

«Jane, esta es para ti», dijo con una sonrisa. Al darle la vuelta a la camiseta, lo vi: «MARACAS». Me reí. «¡Maldita sea! ¡Pensaba que no te habías fijado en las pastillas!»

Louay me miró con incredulidad. «Tienes que estar bromeando. Todos hemos visto esas pequeñas bolsitas que llevas a todas partes. ¿Y ese mejunje verde que bebes? Si intentabas ocultarlo, fracasaste miserablemente.»

Vaya. No había sido tan discreta como pensaba. Estas pastillas y la bebida verde —a la que me gustaba llamar mi «sopa primordial»— eran mi salvavidas. Había querido mantener mi enfermedad en secreto, una pesadilla privada. Era injusto arrastrar a nadie más a ella. Estaba aterrorizada por mi futuro, que, si escuchaba a los médicos, sería extremadamente corto. ¡Pero qué ridículo pensar que podría ocultar algo a doce compañeros de tripulación en un barco de 48 pies! No había secretos, por mucho que lo intentara.

Mezclar la bebida diaria —espirulina, clorela y todo tipo de arbustos pulverizados— y organizar los sobres de suplementos diarios llevaba algo de tiempo. Pero era un pequeño precio a pagar por salir de casa y vivir un poco. Era sobrevivir. Por favor, Dios, recé en silencio, no dejes que esta sea mi vida para siempre. Era muy difícil mantenerse alegre y positiva con toda la incertidumbre.

Odiaba llamar la atención sobre mis problemas. No podía soportar la idea de que mis compañeros de equipo me trataran como a una inválida, como alguien digno de lástima. Quería seguir siendo Jane, su compañera de navegación recia y extravagante. Quería que bromearan conmigo como siempre, no que me preguntaran ansiosamente cómo me sentía. Entiendo que algunas personas están orgullosas de su calvicie por la quimioterapia y sus medias para el linfedema —sus cicatrices de cirugía son medallas de honor—. No yo. Simplemente no podía verlo así. Mi leve linfedema de la pierna derecha, causado por una extensa cirugía para extirpar mis ganglios linfáticos, permanecía oculto bajo faldas y pantalones largos.

Afortunadamente, a menos que yo lo señalara, la mayoría de la gente ni siquiera lo notaba. Y cuando se me cayó el pelo con toda la quimio, no usé pañuelo ni sombrero. Demasiado obvio. Quería parecer lo más normal posible. Aunque eran insoportablemente picosas, llevaba pelucas en parte porque quería negarme incluso a mí misma que algo iba mal, y en parte porque incluso yo me quedaba sin aliento al ver mi cabeza sin pelo en el espejo del baño. No me lo había quitado de encima. Incluso después de varios meses, el horror ante mi reflejo no se había hecho más fácil.

En cuanto el pelo empezó a caérseme (a puñados), me apresuré a comprar unas pelucas decentes en Selfridges. Compré tres a la vez, en tres estilos diferentes. Cuando quería sentirme glamurosa, podía llevar la peluca ondulada larga. ¿Deportiva? El bob. ¿Para el día a

día? El pelo liso de longitud media. «¿Qué esposa te gustaría hoy?», le preguntaba a Andrew mientras me vestía por la mañana. Sin duda confundía a los constructores que en ese momento ampliaban nuestro ático cuando bajaba con el pelo corto un día y con el pelo largo al siguiente.

Usaba la peluca más corta para navegar porque era más fácil de encajar bajo la gorra. Navegar era mi pasión. Me ayudaba a mantener la cordura cuando estaba peligrosamente cerca de la desesperación. Estar tan rodeada de un equipo de amigos íntimos, riéndose de las historias de los demás y compitiendo en regatas intensas era de ayuda, aunque solo fuera brevemente. La actividad y la amistad me quitaban la mente del dolor, la desfiguración y la pérdida de quien había sido. Y de la muerte. Estaba desesperada por creer que esta no sería mi última temporada compitiendo en el barco.

Aunque estaba completamente agotada por mis tratamientos, estaba empeñada en fingir que nada fuera de lo ordinario estaba ocurriendo. Era el negocio de siempre. Me obligué a seguir navegando, aunque en las mañanas de regata no quería nada más que volver a sumergirme bajo las sábanas. Una vez con el equipo, insistí en lanzarme a la acción a bordo, a pesar de las preocupaciones de algunos compañeros de que no estaba en condiciones. Con el beneficio de la retrospectiva, me doy cuenta de que esto podría haber sido egoísta, ralentizando al equipo. Tardaba mucho más en volverme a subir al riel y en mantener el barco nivelado.

A barlovento, yo estaría abajo, guardando el enorme spinnaker, generalmente sola. Puede ser complicado meter una vela del tamaño de una pista de tenis en unos pocos metros de espacio, especialmente cuando el barco cambia constantemente de dirección, escorado a 45 grados. Era agotador incluso si no estabas enferma, sobre todo si se había mojado. Cuando llegábamos al marcador de cabeza y girábamos el barco para correr a sotavento, yo era la «trimera», comprobando constantemente la forma del spinnaker, asegurándome de que navegábamos tan rápido como era posible.

Me encantaba la sensación del esfuerzo, el viento en la cara, el ozono y el picor del spray mientras el barco cortaba el agua con un suave balanceo. Calmaba mis preocupaciones, este juego de ajedrez en el agua, calculando las cambiantes direcciones del viento y las mareas. La táctica y la estrategia eran más el campo de Andrew, pero todos a bordo necesitábamos saber dónde estábamos y qué teníamos que hacer para avanzar y mantenernos allí, y para prepararnos para maniobras repentinas.

La navegación lleva generaciones en mi sangre. Mi padre tuvo una sucesión de barcos en Guernsey, donde crecí. Navegar en un pequeño velero de 26 pies con mi hermana mayor Suzie fue uno de mis primeros recuerdos. Principalmente cruzábamos a las otras Islas del Canal, especialmente Herm y Sark, pero algunos veranos nos acercábamos a Saint-Malo, en Bretaña, en la costa noroeste de Francia. Fue una infancia idílica, que asociaba con mares brillantes y playas insulares impresionantes.

Incluso en medio de la actividad frenética durante una regata, habría momentos de quietud y calma, con solo el suave sonido de las olas de fondo. A menudo me perdía en mis

pensamientos, intentando recuperar esa sensación de pura felicidad sin estrés de mi juventud, largamente perdida. Era gratitud teñida de tristeza de que mi amor por la navegación, el mar y la vida misma pudiera llegar pronto a un fin prematuro.

En mi adolescencia había estado desesperada por participar más activamente en las regatas. Navegar con mi padre era inmensamente frustrante porque era muy anticuado y nunca me dejaba tocar los winchs ni las escotas (al fin y al cabo, era una chica). Finalmente me rendí, trabajé durante las vacaciones, ahorré y me compré una tabla de windsurf. Me encantó el desafío de aprender esta nueva habilidad y me convertí en una completa adicta al surf, sin salir de la playa en verano. Pero el espíritu competitivo que llevaba dentro todavía quería participar en regatas.

La oportunidad llegó en forma de un encantador velero llamado Assuage (cariñosamente conocido como Sausage por nuestra competencia). Assuage era un Swan de 42 pies, un barco conocido por su diseño sólido pero aerodinámico, el matrimonio perfecto entre crucero seguro y velocidad. Había llegado a Guernsey para competir en el Campeonato Europeo de Vela Swan a principios de los 90 y necesitaba un tripulante más. ¡Me lancé a la oportunidad. Una vez a bordo, ¡no conseguían deshacerse de mí!

Navegar en Assuage fue de lo más divertido. Durante años, mis fines de semana y vacaciones se llenaron de regatas por la costa sur de Inglaterra. También tuve la suerte de navegar en Antigua, Mallorca y Cerdeña y de competir en muchas regatas de altura a Francia, incluso en la famosa Fastnet Race. Mi tío se había ahogado durante esa regata en la gran tormenta de 1979, por lo que siempre me había resistido a participar. Para cuando me convencí a mí misma de hacerlo, nuestro equipo había acumulado una impresionante lista de trofeos. Era todavía un pasatiempo, pero un contraste total con mi trabajo diario como Fisioterapeuta Colegiada con personas gravemente enfermas.

Inicialmente había trabajado en neurología. Pasaba gran parte de mi tiempo rehabilitando a personas que habían sufrido traumatismos craneales y accidentes cerebrovasculares. Les ayudaba a reaprender a usar sus cuerpos, a mover las manos y las piernas. Era físicamente exigente. Más tarde me especialicé en ortopedia y lesiones deportivas. Muchos atletas de alto nivel llegaron a depender de mi experiencia.

A pesar de haber navegado con Andrew durante muchos años en Assuage, nos había costado mucho tiempo llegar a estar juntos. A él no le gustaba mi exnovio y a mí no me gustaba su exnovia, así que rara vez salíamos juntos socialmente. Habíamos tomado algunas malas decisiones, pero finalmente ambos dejamos a nuestras parejas. Un año después nos encontramos besuqueándonos fuera del Club Náutico de Cherburgo después de un día de borrachera, celebrando una victoria tras una dura regata de altura.

Podría esperarse que la navegación fuera un pasatiempo supremamente saludable, pero esto está lejos de ser toda la verdad. Claro, hacíamos ejercicio y tomábamos aire fresco. Pero también consumíamos enormes cantidades de barritas de chocolate y carbohidratos rápidos durante las regatas, y luego bebíamos serias cantidades de ron con Coca-Cola por las noches. El bien quedaba muy eclipsado por el mal. El mantra de nuestra tripulación era: «Comer es

hacer trampa». Salir del bar para comer bien estaba mal visto. Ahora me estremezco solo de pensarlo. Claramente hubo más que unos pocos errores significativos en mis elecciones de estilo de vida. Mirando atrás a mis días como estudiante de fisioterapia, cuando creo que el cáncer puede haber comenzado, puedo ver que mi dieta era terrible. Una buena comida consistía en un montón de puré de patatas, queso derretido y bacon. ¿Verduras verdes? ¿Qué verduras verdes? Idiota.

Ahora que tenía cáncer terminal, el miedo a la muerte que acechaba cada uno de mis alientos podía sacudirse brevemente en el calor de la acción. Pero luego, con fuerza regular y horrible, la realidad de mi diagnóstico volvía y me golpeaba de lleno en la cara. Era como si la Parca estuviera justo detrás de mí todo el tiempo, un espectro omnipresente, respirándome en el cuello, esperando el momento adecuado para atacar.

Cuando el equipo comenzó a planificar eventos de navegación para la próxima temporada, mi primer pensamiento fue: ¿estaré aquí entonces? Me entristecía enormemente pensar en el futuro, un futuro en el que el mundo seguiría adelante como antes sin mí.

Ahora me tomaba mi dieta en serio. Se acabaron los llamados «snacks energéticos» y las bebidas cargadas de azúcar. La tripulación se acostumbró a que traía tentempiés raros a bordo y nunca cuestionaron mis elecciones bajas en carbohidratos. La navegación era para mí más que un pasatiempo frívolo. Podía renunciar fácilmente a todos esos alimentos azucarados. Todo lo que ansiaba era un pequeño retorno a mi vida anterior, y si eso significaba un cambio completo de dieta y tragar un puñado de suplementos, ese sería un pequeño precio a pagar.

Así que allí estaba yo, en ese brillante día de abril de 2000, menos de un año después de mi diagnóstico de un cáncer secundario —y terminal—. A pesar de haber terminado recientemente la quimioterapia, todavía tenía una vía PICC en el brazo que llegaba hasta una vena en el pecho. La había mantenido para las infusiones de vitamina C intravenosa. Estaba completamente vendada para evitar daños; aun así, ¡no era la mejor indumentaria para una regata! Llevando mi camiseta de Maracas bajo capas de impermeables, salí del muelle con mis compañeros y me dirigí hacia la línea de salida. El sol brillaba y el viento era constante, de 15 a 18 nudos. Brisa. Perfecto.

En el primer bordo de ceñida, nos encontramos aporreando contra el viento en un duelo de viradas cerrado con otro barco. Una virada rápida llevó a una carrera de un lado al otro del barco. Durante una maniobra de virada, la tripulación tiene que cruzar el barco, en condiciones de viento, lo más rápido posible. Esto significaba agachar la cabeza bajo las guardamancebos antes de correr por la cubierta para sentarme sobre el riel del otro lado.

Apretujada, me costaba salir de mi posición. Con las prisas, calculé mal la distancia y sentí que el guardamancebos me arrancaba la gorra de navegación. Como a cámara lenta, mis manos se extendieron para agarrarla, pero el viento ya se la había llevado, por encima del costado del barco, todavía unida a mi peluca.

«Nooooo…», grité, mirando consternada cómo flotaban juntas Solent abajo. «Maldita sea», dije, viendo mis hermosas ondas desaparecer como una rata ahogada bajo las olas.

Andrew me miraba con una expresión que insinuaba si debíamos volver. Bueno, solo por un milisegundo. Todos queríamos ganar y dar la vuelta habría sido desastroso. Nunca fue una opción. «¡Déjala!», grité.

Todos los demás me miraban, atónitos. Era la primera vez que alguien me veía calva. El frío viento silbaba por mis oídos. De repente me sentí vulnerable, expuesta. Puse las manos en el cuero cabelludo, intentando cubrir su desnudez. Estaba mortificada. Un compañero vio mi cara de horror, se quitó su propia gorra y me la dio sin pensárselo dos veces.

«¡Pues vuelve al riel! ¡Tenemos una regata que ganar!», gritó con una sonrisa.

Cómo le quería —y a todo el equipo—. No les importaba mi calvicie ni mi enfermedad. Seguirían tratándome como a mí. Y de hecho teníamos una regata que ganar. ¡Esto no era un paseo por el río con gintonics!

Momentos después estábamos todos de vuelta en el otro riel, rugiendo de risa.

Me han llamado muchas cosas, pero «Maracas» fue el apodo que se mantuvo durante mis muchos años de regatas con Assuage. Castañeteaba con las pastillas al tomarlas varias veces al día. Requería mucha planificación complicada (y soy la primera en admitir que ser organizada no es mi punto fuerte), pero me las arreglé.

Mirando atrás ahora esa larga lista de suplementos, puedo ver que contenía varios errores: duplicaciones, artículos innecesarios y, en ocasiones, incluso algunos que promovían el cáncer. Había comenzado a contraatacar, pero me quedaba mucho más por aprender. Los vientos turbulentos y las olas rocosas no eran nada comparados con el viaje turbulento que me esperaba.

Capítulo Dos:

Un pequeño problema

El cáncer me golpeó por primera vez en 1994. Eso hace que suene como un evento repentino, pero no lo fue. Ningún cáncer ocurre de la noche a la mañana. Durante años había estado visitando a un especialista por cambios cervicales anormales.

El cáncer de cuello uterino es totalmente prevenible y tratable si se detecta a tiempo y se le presta la atención adecuada. Había confiado en que el ginecólogo hiciera su trabajo y había dado por sentado que me estaba tratando correctamente. Me habían realizado una colposcopia unos años antes, en 1989, cuando se encontraron algunas células levemente anormales. Después de varias visitas de seguimiento al hospital y años de que me dijeran repetidamente que no había más anormalidades visibles, pensé que mis preocupaciones habían terminado y asumí que el problema había sido erradicado definitivamente.

Pero me equivocaba. Una citología repetida en la consulta de mi médico de cabecera había mostrado que el problema había vuelto como «discarión severo», una señal de que se requería más tratamiento.

Sin embargo, el ginecólogo del hospital me había dicho que mi biopsia, en las mismas cuatro semanas, no había mostrado tales anormalidades. Sorprendida por esta contradicción, me pregunté en quién debía confiar, ¿en los resultados del médico de cabecera o en los del hospital? Mi instinto era confiar en el hospital y en el especialista, ya que una biopsia era sin duda más fiable que una citología.

Mi médico de cabecera me dijo que había algunos casos en los que el tejido anormal revertía a la normalidad. «Puede que seas una de las afortunadas», dijo. Quizás lo era. Me preguntó si quería que me derivaran a otro hospital. Pero este hospital del sur de Londres era un importante hospital universitario. Un familiar había estudiado medicina allí. ¿No era uno de los mejores? Me quedé, sin adivinar el destino al que me estaba condenando.

Como cualquier persona diagnosticada con una enfermedad potencialmente grave, estaba desesperada por creer que mi cuerpo era capaz de curarse por sí solo. ¿Era posible que hubiera revertido los cambios anormales por mi cuenta sin ninguna intervención quirúrgica?

Me estremezco cuando recuerdo aquellas visitas a ese hospital del sur de Londres. Fue durante mi última visita cuando empecé a sospechar del comportamiento del especialista y su actitud demasiado casual e indiferente. Cada vez que le veía, me recetaba un comprimido de progestina para los síntomas del «manchado», pero no sabía que esta era una forma sintética de progesterona que aumentaba mi riesgo de cáncer de mama, y que también podía haber empeorado el cáncer de cuello uterino. No solo eso, aumentaba mi riesgo de coágulos sanguíneos y enfermedades cardiovasculares, así que la progestina puede haber echado gasolina al fuego. El especialista los repartía como caramelos.

En pocas palabras, no hacía su trabajo correctamente, un hecho que se confirmaría cuatro años después, en 1998, cuando hubo una llamada nacional a más de mil de sus pacientes. Todas las mujeres convocadas ya tenían anomalías moderadas o graves detectadas por una citología estándar. A cada una se le envió una carta en la que se indicaba que había «graves preocupaciones» sobre el cribado. Las mujeres a las que se había dado el «todo bien» estaban desarrollando cáncer.

No sabía nada de esto en aquel momento, pero me preocupé cada vez más cuando las visitas repetidas durante un año revelaban síntomas que empeoraban.

En mi última visita le estaba suplicando una histeroscopia, un examen del útero que podría decirme por qué seguía teniendo manchados. Me respondió sin ni siquiera mirarme:

«Estoy muy ocupado. Tendrás que esperar hasta después de Navidad para eso.»

Vaya. ¿De verdad? Solo era septiembre. Dudaba mucho de que no pudiera hacerme un hueco entre septiembre y enero. Esto no sonaba bien.

«Pero estoy perdiendo peso. Créeme, es muy bienvenido, pero se va de lugares donde nunca antes lo había perdido. Estoy extremadamente preocupada. Simplemente tengo que resolver esto. No ha mejorado en absoluto.»

Como acababa de empezar a salir con Andrew, inicialmente me había convencido de que era el primer arrebato de amor el que me hacía perder los kilos. Pero el patrón de pérdida de peso era diferente. Nunca perdía peso en la cara interna de los muslos. La famosa «separación entre muslos» de las supermodelos me evadía sin importar cuántos ejercicios de muslos internos realizara. Y, sin embargo, esta grasa normalmente obstinada desaparecía ante mis ojos.

Sin levantar la vista, continuó: «De verdad que te estás preocupando por nada. Estoy seguro de que podemos solucionar esto con más progestina.»

«¡Pero no está ayudando!», protesté.

¿Estaba el NHS en tan mal estado que tenía que esperar hasta el año siguiente? ¿Y si tenía cáncer? Ya había recibido tratamiento por cambios celulares cancerosos tempranos y ahora tenía otros síntomas clásicos, no solo el manchado inusual que empeoraba, sino también la pérdida de peso. ¿No era esto urgente?

Me dedicó una sonrisa fina sin ningún asomo de compasión. «El sangrado adicional entre periodos es muy común. Pero le haré otra cita de consulta externa en dos meses.»

¿Dos meses? ¿Para otra simple charla? Esto era totalmente inaceptable.

Años después, tras la llamada de sus pacientes y la investigación subsiguiente, supe que este médico típicamente hacía biopsia solo al 64% de sus pacientes con cambios cervicales, frente a una directriz mínima nacional del 90%. Estas mujeres habían venido a su clínica con anomalías, todas necesitando más investigaciones para descartar el cáncer. Una revisión de sus colposcopias también reveló que eran inadecuadas. Del 64% al que sí biopsiaba, se

extraía muy poco tejido para obtener un diagnóstico válido. No era de extrañar que mi problema hubiera vuelto. La investigación descubriría que hasta diecinueve mujeres con cáncer avanzado fueron mal diagnosticadas o tratadas incorrectamente. Y la tasa de cáncer en sus pacientes era un 34% superior a la media.

No sabía nada de esto en aquel momento, pero se me ocurrió un pensamiento desagradable. Me pregunté si había médicos que permitían que el cáncer progresara a propósito. Lo desterré de mi mente. Seguramente que no. ¿No estaban todos los médicos interesados en que los pacientes se recuperaran? ¿No hacían el juramento hipocrático? Pero ¿y si un médico había cometido un grave error al tratar a un paciente y, en lugar de reconocerlo y arriesgarse a que le demandaran y perdieran su licencia, enterraba la cabeza en la arena persistiendo en un tratamiento inadecuado? Los pacientes muertos no denuncian. ¿Podría haber médicos por ahí que no daban a sus pacientes la atención médica que necesitaban, sabiendo que tenían una enfermedad que limitaba la vida? Deseché el pensamiento. Era ridículo.

Pero su aparente indiferencia ante mis súplicas fue suficiente para que decidiera ir al médico privado. Ya había tenido suficiente. Sabía que había un problema y él no se lo estaba tomando lo suficientemente en serio. Mi salud estaba en juego.

Volví a Guernsey con estos sombríos pensamientos y preocupaciones royéndome, pero me convencí de que probablemente tenía razón. Por naturaleza soy aprensiva y estaba asustándome por nada. Las pruebas del hospital hasta ahora habían sido claras, ¿verdad? Pero ¿por qué no había hecho más biopsias? ¿Y si había biopsiado el área equivocada? La incompetencia sería fácil de encubrir para cualquier ginecólogo. ¿Quién lo sabría nunca? Era su palabra contra la del paciente. Los tribunales siempre tomaban el partido del experto.

Me mantuve ocupada en mi consulta y pedí una cita con un ginecólogo privado local. Este problema había que resolverlo, aunque el ginecólogo del hospital hubiera sugerido que no era nada de lo que preocuparse. Aparte de todo lo demás, tenía un nuevo novio, con quien el manchado era bastante un freno para la pasión, por decirlo suavemente. Era embarazoso e inconveniente.

Cuando el especialista de Londres se enteró de que había concertado una derivación privada en Guernsey, cambió completamente de actitud. En su carta de derivación, insistió en que el tratamiento era urgente y que debía realizarse una histeroscopia de inmediato. Era como si la hubiera escrito una persona diferente. Nunca me había dicho nada parecido. No me había hecho ni siquiera una biopsia durante casi un año.

¿Por qué este cambio repentino? Aunque todo era muy sospechoso, no tenía más opción que poner mi fe en el sistema. ¿Qué otra cosa podía hacer?

La histeroscopia tuvo lugar un jueves por la tarde y recuerdo despertar para encontrar a muchos médicos mirándome por encima, con expresión preocupada. Me dije que probablemente era normal después de la anestesia.

Al día siguiente, Andrew voló para visitarme. Tenía el fin de semana para olvidar todo. Estaba segura de que el lunes los resultados de la operación revelarían poco más que cambios menores que como mucho necesitarían otra colposcopia. No tenía razones para pensar otra cosa.

Era una hermosa tarde de otoño cuando esperaba en la sala de llegadas a Andrew, con una sonrisa irreprimible en la cara. Estaba segura de que era el indicado para mí. Tenía muchas ganas de pasar el fin de semana con él, paseando por los acantilados, navegando en el barco de mi padre, saliendo y visitando amigos. Los vuelos y las facturas de teléfono entre Guernsey y Londres nos estaban costando a los dos una pequeña fortuna, pero no nos importaba. Dinero bien gastado.

Uno de mis ex novios había sido inicialmente carismático y encantador. Había pensado que era un hombre para quedarse. Pero luego empezó a salir todas las noches y lo que empezó como amenazas verbales se fue convirtiendo gradualmente en algo físico. Siempre estaba muy arrepentido al día siguiente y prometía compensarlo. Pero las cosas empeoraron.

Odio la confrontación pero no estaba dispuesta a dejarme maltratar. Le respondía, lo que solo exacerbaba la situación. Una noche me dijo que nunca me fuera, me agarró del cuello y lo que sucedió a continuación lo describiré como un «incidente de ventana». Afortunadamente no sufrí daños, pero me quedé profundamente conmocionada. ¿Que nunca me fuera? Había terminado. Al día siguiente hice las maletas y corrí de vuelta a la seguridad de mi isla natal. No creí que mi ex se atreviera a amenazarme rodeada de mi familia.

Andrew, su polo opuesto, era exactamente lo que necesitaba. Era tranquilo y fiable, amable y considerado, no demasiado mal parecido y un magnífico marinero para más señas. Era una combinación irresistible. Ya había hablado del largo plazo y dejaba claro que estaba interesado. Sin discusiones, sin violencia; las cosas mejoraban.

Después de instalarme de nuevo en Guernsey, había encontrado un gran trabajo en una clínica de fisioterapia privada. Era una consulta ocupada y ganaba bien. Y Guernsey era hermosa. Un paseo de diez minutos después del trabajo me llevaba al puerto deportivo, donde podía saltar a un barco y salir a navegar por la tarde.

¿Pero adónde llevaría mi relación con Andrew? ¿Tendría que renunciar a mi paraíso de Guernsey para vivir en Londres? Si teníamos hijos, ¿tendría que criarlos en Inglaterra o estaría él dispuesto a vivir en Guernsey? Le daba vueltas mientras paseaba por las llegadas. Mis esperanzas y sueños, los dos juntos, construyendo un futuro.

Y entonces apareció él, corriendo a darme un gran abrazo cálido. «Hola, cariño», dijo mientras cogía su mano y le llevaba al coche. Era un trayecto corto hasta la casa alquilada que compartía con otra chica. Por el camino me preguntó con cautela por mi operación del día anterior.

«De verdad que no quiero hablar de ello. ¿Podemos olvidarlo y salir a cenar? No puedo hacer nada al respecto, así que no le dediquemos un solo pensamiento.»

Pero no iba a ser así. Llegamos al camino de entrada y al mirar hacia la casa vi a mi compañera Carol-Ann bajando los escalones precipitadamente para recibirme. Antes de que hubiera salido siquiera del coche soltó: «¡Jane, tu médico de cabecera ha estado buscándote! Estuvo aquí hace media hora.»

¿Qué? ¿A las 7 de la tarde un viernes? Miré a Andrew horrorizada. Ambos sabíamos que esto no era buena señal.

«Tengo que llamarle», dije con la voz temblorosa. Subí corriendo las escaleras, cerré la puerta de mi dormitorio y marqué. Mi médico insistía en que tenía que venir a verme. «No, por favor dígamelo ahora», supliqué. «Sé que son malas noticias, de lo contrario no habría conducido hasta aquí. No puedo esperar, necesito escucharlo.»

Así que, a regañadientes, me lo dijo. Había hablado con el ginecólogo que acababa de operarme. Necesitaría una histerectomía. Era cáncer.

Dijo que ya habían organizado una operación para el martes siguiente en el Hospital Hammersmith. El cirujano había pedido un favor a uno de sus amigos en Londres para hacerlo rápidamente. Me pregunté si pensarían que debía ser bastante agresivo para haber progresado tan rápido sin que nadie lo notara. ¿O se había ignorado? Estaba demasiado abrumada por el diagnóstico para preguntarlo.

Me daba vueltas la cabeza. Intenté asimilar sus palabras, pero era como si estuviera escuchando una conversación con otra persona. Esto no podía estar pasando.

Colgué el teléfono, lo miré fijamente durante un minuto y luego empecé a sollozar sin control. Mi mundo había implosionado. Tenía treinta años. Tenía cáncer. No había tenido hijos y ahora parecía que nunca los tendría.

Debo haber permanecido en mi dormitorio durante más de una hora. Cuando por fin bajé, logré balbucear una sola palabra: «cáncer». Ya lo habían deducido. Mi maquillaje corrido y mis ojos rojos e hinchados contaban la historia. Andrew me abrazó y sugirió salir a tomar el aire.

Abrigados, condujimos hasta un camino costero y nos sentamos a la luz de la luna en un banco con vistas a los acantilados y al mar. Estaba en estado de shock. Andrew también. Esta relación nueva y brillante de repente no era tan brillante. Llevábamos juntos solo dos meses. ¿Sobreviviría nuestra incipiente relación a este reto inesperado? Estaba profundamente angustiada por el diagnóstico y lo que significaba para los dos.

Era joven. Sobreviviría. Lo tenía claro. El cáncer de cuello uterino detectado a tiempo era perfectamente curable, me habían dicho. Bueno, solo podía esperar que todavía estuviera en ese estadio.

Pero nunca llevaría a mis propios hijos. Quizás alguien podría llevarlos por mí. Había oído hablar de acuerdos de gestación subrogada. Todavía tendría mis ovarios. El tema de la muerte solo me cruzó la mente brevemente. Tenía tantas otras preocupaciones. ¿Cómo afectaría gravemente la operación a mi vida sexual? ¿Podría todavía tener mis propios hijos biológicos usando mis óvulos? Ni siquiera quería hablar de estas cosas con Andrew. Estaba demasiado

aterrorizada de que ahora le diera la espalda a la relación. Ya parecía como si un telón invisible hubiera caído entre nosotros. Este diagnóstico iba a cambiarlo todo.

Andrew decía muy poco. Era incapaz de adivinar sus pensamientos, demasiado consumida por los míos propios. No había previsto esto. No tenía experiencia en tratar con una situación así y se sentía completamente fuera de su profundidad. Si hubiéramos estado navegando y el mástil se hubiera caído o el timón se hubiera caído, habría sido el primero en saber qué hacer. ¿Pero tratar con una mujer de treinta años angustiada a punto de perder su útero por cáncer? Mientras yo me obsesionaba con mi infertilidad, él se preocupaba por lo grave que podría ser. Era reconfortante que no quisiera perderme. Pero me preguntaba si un instinto de autoprotección le impedía acercarse más a mí. Si me cerraba la puerta, mi situación sería mucho peor. Un deprimente sentido de aislamiento empezaba a descender sobre mí.

Solo horas después de mi diagnóstico, estaba dándome cuenta de que los efectos del cáncer se extienden mucho más allá de la enfermedad física. Intenté tranquilizarle de que no sentía que me estuviera muriendo, pero podía ver que no estaba convencido. Un diagnóstico de cáncer significa cosas diferentes para diferentes personas. Algunos lo llevan mucho mejor que otros, pero este diagnóstico tenía implicaciones para los dos. Arruinaría nuestra relación sexual, ciertamente a corto plazo, y no tenía ni idea del largo plazo.

El ginecólogo del hospital del sur de Londres me había dicho solo unas semanas antes que no había nada de qué preocuparse. Siempre me había asegurado que el cáncer de cuello uterino crecía muy despacio. Había sido proactiva, sometiéndome a una colposcopia y yendo a revisiones. Así que seguramente lo habría detectado a tiempo, ¿verdad? Ignoré la duda que me roía en el fondo de la mente de que quizás llevaba años creciendo y que quizás él no había hecho bien su trabajo todo ese tiempo.

Mientras estábamos sentados allí mirando al mar, me convencí de que todo saldría bien de alguna manera, que finalmente volvería a encontrar mi camino, aunque mis planes tuvieran que modificarse. Podía salvar mis ovarios, quizás congelarlos. Luego quizás encontrar una gestante para llevar a mi hijo. Tenía que pasar por una enorme operación la semana siguiente, pero era joven. Podría con esto.

La muerte no era mi preocupación inmediata. Lo que me importaba era tener hijos. Un hogar feliz lleno de risas de niños era lo que siempre había soñado. De alguna manera, por difícil que fuera, tenía que encontrar la forma de hacer realidad ese sueño.

El resto del fin de semana transcurrió en un ambiente diferente. Cancelamos planes para ver a amigos, pero seguimos saliendo a navegar. Andrew y yo hicimos arreglos prácticos, pero la pasión en nuestra relación había desaparecido. En su lugar había miedo y preocupación. Mis sentimientos oscilaban entre la incredulidad y la rabia, pasando por una intensa tristeza y más allá. Todo parecía tan injusto. Justo cuando pensaba que había encontrado mi «felices para siempre».

Sabía que tenía que dar la noticia a mis padres. Quedarían destrozados, especialmente porque les había preocupado la forma en que me habían tratado en ese hospital del sur de

Londres. No me veía capaz de decírselo en persona, así que al final opté por hacerlo por teléfono. Podía notar que mamá estaba muy angustiada, pero inmediatamente se ofreció a viajar a Londres conmigo el lunes para ayudarme a prepararme para la operación del martes. Nuestra relación había sido a veces difícil, como pueden serlo las relaciones madre-hija, pero agradecí su apoyo. No quería rechazar su compañía aunque sabía que para ella sería extremadamente duro.

A mamá le habían diagnosticado un cáncer de mama en estadio inicial un par de años antes, pero había mantenido su tratamiento en secreto, diciéndonos a todos que era solo «un pequeño problema». No éramos muy buenas compartiendo nuestros sentimientos, pero sabía que estaría profundamente traumatizada por mi diagnóstico y por mi pérdida de fertilidad. Tenía muchas ganas de convertirse en abuela y estaba decepcionada porque yo hubiera seguido cancelando compromisos (dos, para ser exactos). Nunca le conté lo del «incidente de la ventana».

Tenía conocimientos muy básicos sobre el cáncer, solo lo que me habían enseñado como estudiante de fisioterapia, pero parecía obvio que las primeras decisiones eran cruciales. Algunos médicos y cirujanos eran mejores que otros, también. Ya lo había aprendido, a un alto precio. Me preocupaba que mi elección pudiera determinar si sobreviviría o no.

Me estaban empujando a una cirugía sin tiempo para pensar ni para investigar los antecedentes de mi cirujano. Si te diagnostican un cáncer agresivo y de crecimiento rápido, es importante poder tomar decisiones informadas rápidamente, pero no se me dio ninguna oportunidad de dedicar tiempo a la investigación. ¿Era tan agresivo que no podía esperar una semana? Toda la urgencia me hacía preguntarme hasta dónde podría haber llegado. Todo lo que tenía era un ordenador básico sin acceso a Internet en 1994. Era imposible explorar formas de salvar mis ovarios o prepararme para la extensa cirugía.

Cuando llegué al hospital el lunes siguiente, el cirujano parecía bastante agradable. Tenía una larga lista de preguntas para él, en particular sobre el tema de salvar mis ovarios. Desesperadamente quería que se salvaran.

Me dijo que si el cáncer se había extendido a algún ganglio linfático, necesitaría quimioterapia y radioterapia. No ofreció sugerencias sobre cómo salvar mis ovarios, pero sabía que esos tratamientos, especialmente la radioterapia en la pelvis, los pondrían en riesgo de dejar de funcionar.

Le pregunté si podría quizás congelar uno de los ovarios si, al abrirme, pensara que podría necesitar más tratamientos. Me miró y asintió con la cabeza sabiamente. ¿Era eso un sí? Lo di por sentado. Pasó rápidamente a hablar de la operación y los riesgos.

Al día siguiente me desperté aturdida tras la operación de siete horas. En cuanto vi al cirujano, necesitaba saber exactamente qué había hecho. «¿Ha congelado mis ovarios?» fue mi primera pregunta. Estaba desesperada por que me tranquilizara. Fue un shock saber que no, que no lo había hecho. Quizás pensó que el cáncer no era tan grave. Pero cuando volvieron los resultados de histología, mostraron que el cáncer se había extendido a un gran

número de mis ganglios linfáticos.

Mientras me lo decía, temblaba de una mezcla de miedo, furia y decepción. No cabía duda de que seguirían la quimioterapia y la radioterapia, y estas apagarían para siempre la función de mis ovarios. ¿Por qué no había congelado uno de ellos como le había pedido? ¿Cómo podía haber descartado simplemente esta petición?

Tumbada allí, me di cuenta de que no todo estaba completamente perdido. Tenía una ventana de unas pocas semanas antes de que empezara la quimioterapia. Vería si todavía podía encontrar un especialista en fertilidad, cualquiera que me ayudara a salvar mi posibilidad de ser madre. El tiempo era esencial y se estaba agotando.

La operación había sido enorme y pasaron dos semanas antes de que pudiera darme de alta. Mientras todavía estaba ingresada, mi cirujano me recomendó que viera a un conocido especialista en fertilidad en la planta baja del Hospital Hammersmith.

Mis esperanzas se desvanecieron al instante. No creía que nadie pudiera encontrar mis ovarios y, de todos modos, opinaba que la gestación subrogada era demasiado cruel y emocionalmente desafiante para la gestante. Había llevado a mi hermana Suzie conmigo, y a pesar de su noble ofrecimiento de su propio útero, el especialista en fertilidad me dijo con bastante brusquedad que no se podía hacer nada. Fue la dureza de su tono lo que fue tan conmocionante. Estaba tan angustiada que casi no podía salir de su consulta. Salí tambaleándome de vuelta a la planta, sostenida por Andrew y Suzie, desgarrada por el dolor. Mis hijos se habían ido para siempre y yo no podía hacer nada para recuperarlos.

La infertilidad me torturaba. Por donde mirara, en la calle o en la televisión, veía bebés, niños y familias felices. Cada anuncio parecía ser de pañales o de leche de fórmula infantil. A menos que me encerrara lejos de la civilización, me confrontaba constantemente con mi pérdida. No había escapatoria. El dolor de la infertilidad dolía como un cuchillo clavado en el pecho.

Cada día, cuando Andrew se iba al trabajo, yo me tumbaba en la cama y sollozaba de desesperación y tristeza por los hijos que nunca iba a tener. Mis esperanzas y sueños de futuro estaban en pedazos. Me sentía vacía. Destrozada. Sentía que ya había muerto.

La rabia se acumulaba dentro de mí. Me sentía violada por el primer ginecólogo, reprendida además por el especialista de Hammersmith, despojada de mi feminidad, de mi condición de mujer, así como de la familia que siempre había querido. Quería demandar, pero esto sería imposible si quería recuperarme. Esa tarea sola requeriría todo lo que tenía. Dejar aflorar las emociones, la rabia y mi profunda tristeza no me sería de ayuda. El estrés sabía que potencialmente empeoraría las cosas.

«La quimioterapia es solo un par de meses, para sensibilizar tus células cancerosas a la radioterapia», había dicho mi oncólogo.

«Entonces si sensibiliza el tratamiento de radioterapia, ¿por qué hay un intervalo de un mes entre los dos tratamientos? ¿Por qué no los dais más juntos?», pregunté, confundida. No

tenía ningún sentido para mí.

«Bueno, quizás tengas razón, pero por ahora no tenemos la evidencia. No ha habido ensayos sobre usarlos juntos.» ¿No sería mejor combinarlos? Parecía ilógico.

Aunque fue un ciclo corto de quimioterapia, perdí la mayor parte del pelo y vomité violentamente. No podía estar segura de que hubiera apagado mis ovarios, pero sabía sin ninguna duda que la intensa radioterapia que seguiría lo haría.

Cuando los primeros rayos de radioterapia pasaron a través de mí, eliminando efectivamente cualquier posibilidad de que mis ovarios volvieran a funcionar, lloré en la mesa de radioterapia. Los radioterapeutas se paseaban por allí, sin saber qué decir para ayudar, ofreciendo pañuelos. «¿Estás bien?» habían preguntado. Claro que no lo estaba. Quería explotar, gritar y vociferar. «¿Saben lo que han hecho? ¡Asesinos! ¡Han matado a mis futuros hijos!» Solo estaban haciendo su trabajo, por supuesto. No era su culpa. En cambio, permanecí en silencio, con lágrimas rodando por mis mejillas.

Mis hormonas se desplomaron a cero. Nadie me había advertido de eso. Me precipité de ser una mujer de treinta años ardiente y hormonal a la menopausia instantánea. Pocas personas entenderán lo que eso significa. Es bastante malo para muchas mujeres cuando sus niveles de estrógeno disminuyen naturalmente con la edad, pero para una joven femenina y vivaracha verse privada de sus hormonas de la noche a la mañana no fue menos que traumático. Sin ningún aviso los sofocos incendiarían mi cuerpo en los momentos más embarazosos. Cada noche estaba tan empapada de sudor que tenía que quitarme las mantas de un tirón y correr a la ducha.

Los ovarios producen no solo hormonas femeninas, sino también una pequeña cantidad de testosterona. Porque era tan deportista, creo que tenía más de mi parte. Sin mi mezcla normal, mi estado de ánimo era bajo, mi libido era comprensiblemente cero y mi piel estaba pálida y seca. A largo plazo, mi pelo podría volverse fino y corría el riesgo de sufrir osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. Sombríamente, asumí que como nadie me había ofrecido terapia hormonal, significaba que debía evitarla. Quizás las hormonas estaban implicadas en impulsar el cáncer. El cáncer de mama de mi madre había sido impulsado por estrógenos.

Al menos ya no tenía la regla, pero esto no compensaba todo lo que había perdido. Mi estado de ánimo era ahora permanentemente bajo. Ya no tenía ganas de vivir. Sin ánimos. Sin energía. Nada. Las hormonas juegan un papel enorme en definir quién eres como persona. Sin ellas quedaba poco de «mí».

Cuando me miraba en el espejo, ya no me reconocía. Me parecía vagamente a la antigua Jane, pero la persona que me devolvía la mirada tenía un aspecto diferente. Y me sentía diferente. Estaba casi calva y había engordado siete kilos gracias a los esteroides, varios ciclos de antibióticos y comer por consuelo. ¿Dónde estaba la chica marinera y surfista alegre y despreocupada? ¿Se había ido para siempre?

Mi relación con Andrew quedó patas arriba. Nos encontramos en una situación completamente inesperada para la que ninguno de los dos estaba preparado. Sabía que le

costaba permitirse acercarse a mí. Aunque lo entendía, era increíblemente doloroso aceptarlo. Decía cosas que encontraba poco empáticas y hirientes, como «¿Siempre estarás resentida y enfadada?» Bueno, sí, si me lo pones así, lo estaré. Me entristecía que pareciera incapaz de entender o empatizar, o de darme el tiempo que necesitaba para superar el devastador diagnóstico. Mirando atrás, me doy cuenta de que debía estar sufriendo alguna forma de trastorno de estrés postraumático.

No sentía que mi estado de ánimo bajo fuera en modo alguno injustificado. Tenía todo el derecho a estar disgustada, furiosa, consumida por el duelo. Tuvo un efecto desastroso en nosotros como pareja. No podíamos hablar del futuro, no podíamos hacer planes. No sabíamos qué nos esperaba. Las conversaciones eran forzadas y superficiales. Después de unos meses nuestra relación empezó a enfriarse y a desmoronarse lentamente. Teníamos verdaderas dificultades. Para Andrew, el concepto de paternidad no era primordial. No estaba entretejido en su ser, como la maternidad lo estaba en el mío.

Gracias a la cirugía, el sexo no era lo que había sido. Necesariamente hubo unos meses de abstinencia y cuando la acción se reanudó finalmente fue una agonía. Era increíblemente deprimente, pero intenté poner buena cara. No quería que supiera lo doloroso que era realmente. Afortunadamente era un amante amable y considerado, pero no tenía ni idea de si alguna vez volvería a ser «normal», sin dolor y placentero. Los médicos me aseguraban que las cosas mejorarían poco a poco, pero este aspecto de nuestra relación me hacía sentir increíblemente insegura. ¿Por qué iba a querer quedarse nadie conmigo?

En el pasado, nunca había tenido ningún problema para conseguir y mantener novios. Me había comprometido dos veces. Nunca había estado desesperada por sentirme amada y necesitada. Las relaciones habían sido en mis términos. Pero ahora, todo eso, parecía, había cambiado. Ya no era un «buen partido». En cambio, estaba en la papelera, rechazada por el sexo opuesto. Sentía desesperación por cuánto el cáncer se imponía en todos los aspectos de mi vida. Era abrumador tener que lidiar no solo con la enfermedad sino con las complicaciones emocionales y financieras que conllevaba. Mentía sobre cómo me sentía para mantener felices a amigos y familiares; escuchaba y dejaba que los demás tuvieran voz en mis tratamientos. Me preocupaba constantemente por mantenerlo todo junto delante de todos, poniéndome esa máscara, fingiendo que estaba bien cuando lo único que quería era llorar. Y retroceder el tiempo.

Mi relación con Andrew se volvió tan difícil que, con enorme reluctancia y con el corazón pesado, decidí que necesitábamos algo de tiempo separados. Era consciente de que me estaba volviendo demasiado dependiente y asfixiante con mis conversaciones sobre hijos y un futuro. Él no podía ver cuánto me esforzaba por tener esperanza y no estaba preparado para estas conversaciones.

A pesar de mi instinto de quedarme, sabía que tenía que encontrar mis propios pies, encontrar la manera de ser fuerte y demostrar que podía arreglarme sola. Dependía demasiado de él. Tenía que concluir por su propia cuenta que todavía me quería. Me dolía profundamente, pero una vez más me encontré saliendo de una relación, huyendo, reservando

un vuelo de vuelta a Guernsey, de vuelta a mi santuario insular.

Le dije que volvía a casa con mis padres y de vuelta al trabajo.

Pero tampoco quería que mis padres vieran la profundidad de mi dolor y desesperación. Alquilé una casita sola, resistiendo su ayuda aunque los tratamientos me habían dejado débil y cansada.

Estar sola no hacía más que hundir aún más mi estado de ánimo. Me sentía tan aislada, tan incomprendida. Agrandando mi miseria, mi rodilla, dañada por un accidente de esquí, se volvió tan dolorosa que apenas podía caminar. Y la otra pierna mostraba signos de linfedema incipiente, por todos los ganglios linfáticos extirpados durante la cirugía, una afección crónica que causa hinchazón en los tejidos corporales. Era un desastre inflamatorio, un desastre hormonal, mi cuerpo poco más que un trozo de naufragio con cicatrices.

Mi mundo entero se había derrumbado. Sabía que nunca volvería a estar completamente bien. Me sentía perdida, en un cuerpo que ya no reconocía, pensando pensamientos que nunca antes habían estado allí. Estaba consumida por el duelo, no solo por la devastadora pérdida de mis futuros hijos, sino también por la pérdida de mí misma. Solo quería morir.

En mi punto más bajo, me encontré hablando por teléfono con el Teléfono de la Esperanza. Una vez que colgué, me sentí avergonzada. ¿Cómo había llegado a esto? ¿Era verdaderamente suicida? Nunca podría someter a mi familia y amigos a ese tipo de dolor. No. Me di una severa charla. La autocompasión no era la manera de mejorar. ¿Dónde estaba Jane la Luchadora? ¿La mujer que había sido antes del cáncer? ¿Iba de verdad a dejar que esto me matara? ¿Iba a ganar ese especialista incompetente?

Necesitaba encontrar algo en mi vida que me diera alegría. Necesitaba significado y realización.

Intenté brevemente volver al trabajo como fisioterapeuta, un trabajo que solía amar. Pero ahora los pacientes quejándose de los problemas más triviales simplemente me irritaban. Mi compasión había desaparecido. Estúpidamente había pensado que el trabajo podría ayudarme a distraerme, pero ¿cómo podía ser comprensiva con un esguince de tobillo cuando yo estaba lidiando con el cáncer? Era un caso perdido.

Dejé el trabajo y en cambio me centré en vender BATHrobics, un divertido libro de ejercicios en la bañera que había creado antes de enfermar, que hasta entonces se había vendido bien en librerías y en el Catálogo Innovations.

El libro se convirtió en un poster plastificado que se sujetaba al borde de la bañera con una ventosa de goma. Este diseño novedoso y práctico resultó ser muy popular. Dediqué mis energías a promocionarlo y a aumentar las ventas. Irónicamente, justo cuando me había puesto enferma, estaba empezando a escribir un nuevo ritual de ejercicios para madres embarazadas. Tomé la decisión de terminarlo y publicarlo antes de que terminara el año, por doloroso que fuera. Estaba decidida a encontrar la manera de ser mamá y prometí que un día le daría BATHrobics para el Embarazo a una gestante que llevaría a mi bebé. Lo conseguiría.

Era la única manera de soportar el dolor.

Todavía había poca alegría en mi vida. Afortunadamente, mi pasión por la navegación y el mar acudieron al rescate. Salía a navegar por las tardes en Guernsey y viajaba de vuelta al Reino Unido los fines de semana para regatear con Assuage. Poco a poco sentí que mi fuerza interior volvía. Estaba poniéndome más en forma. Por fin un médico me recetó algunas hormonas para reemplazar las que había perdido. Empecé a sentirme más como la antigua yo.

Andrew empezó a ver que yo seguía siendo la misma persona por debajo de la miseria y que la criatura destrozada por el dolor ante él era, en el fondo, todavía la mujer que amaba. Después de navegar un día, me llevó a cenar.

«Va a llevarte un tiempo volverte a poner a punto, con todos los motores en marcha», dijo. «Pero estoy aquí, justo a tu lado, para ayudarte en todo esto. Creo en ti y te quiero. Realmente quiero que vuelvas a Londres y vivas conmigo.»

Lloré de alivio. ¡Gracias a Dios! Quería olvidar el cáncer tan terriblemente, seguir adelante con mi vida, reparar mi cuerpo roto y arreglar lo que había perdido. Pero perder mi fertilidad estaba más allá de mi capacidad de arreglar y el tema de los hijos seguía suspendido entre nosotros.

Seguí llorando todos los días, sola, cuando nadie miraba. Cuando iba a las revisiones, era difícil ocultar mis sentimientos y mi dolor. Los médicos estaban, comprensiblemente, preocupados por mi salud mental. Me ofrecieron Prozac pero lo rechacé. Ningún antidepresivo me devolvería mi fertilidad ni curaría mi linfedema. Así que en su lugar me enviaron a asesoramiento psicológico. Dudaba de que esto me ayudara pero estaba dispuesta a intentarlo.

La terapeuta escuchaba mis problemas, ofreciendo de vez en cuando algún que otro lugar común, pero su principal trabajo durante esas sesiones era suministrar pañuelos interminables mientras mi dolor salía a torrentes. Era muy agradable pero no ofrecía soluciones prácticas. Andrew, que me acompañó un par de veces, era una gran parte de la solución. En última instancia, la terapia solo agravó mis problemas, en particular porque Andrew era inflexible respecto a los hijos. Sabía que le preocupaba la perspectiva de acabar siendo padre soltero. Aun así, sabía que estaba a mi lado, sólido como una roca.

La gestación subrogada requería que estuviéramos casados y él parecía reacio a este tema también. Su falta de compromiso me estaba matando. ¿Era en el fondo un romántico que solo necesitaba hacer las cosas a su propio ritmo? Mi situación exigía la comodidad de saberlo. Luchaba con mi voz interior, que en ocasiones me decía que me fuera. Antes habría tenido ningún problema con esto, pero la infertilidad y el cáncer hacían las decisiones mucho más complicadas. Quería ver esto hasta el final, seguir adelante y volver a donde estábamos al principio, si eso era posible.

Lo que no había comprendido era que los médicos habían sido mucho más sinceros con él que conmigo. Habían sido optimistas y positivos a mi cara, dándome la impresión de que sobreviviría, mientras que le contaban a Andrew y a mi familia una historia diferente. Esto,

resulta, no es poco común para los pacientes con cáncer. A menudo son los últimos en conocer la gravedad de su situación.

Un punto de inflexión llegó una noche en que Andrew y yo estábamos en casa. Acabábamos de ver una película, estaba cansada y estaba a punto de levantarme del sofá y irme a la cama cuando se volvió hacia mí y me retuvo.

«He estado pensando mucho en los hijos. Siento haberme costado tanto discutirlo antes, pero he decidido que estoy listo», dijo.

«¡¿Qué?! ¿De verdad quieres hijos? ¿No me lo estás diciendo solo para animarme?»

«Créeme, ¡he pensado en ello sin parar! Siempre he querido hijos. Sé que todavía no tienes el alta y que todavía estoy preocupado por ti. He tenido que pensar en el peor caso. Pero creo que podría manejar ser papá solo si volviera a ocurrir.»

Le eché los brazos al cuello y prometí que no me iba a morir. De ninguna manera. Era lo que había esperado. ¡Estábamos planeando un futuro! El alivio fue inmenso. Nos quedamos hasta tarde discutiendo las opciones. Andrew pensaba que la adopción sería la mejor vía, aunque yo favorecía firmemente la gestación subrogada. En su opinión, estaríamos abordando el problema juntos, que tener sus genes y no los míos en nuestro hijo sería egoísta si seguíamos la vía de la gestación subrogada.

Lo que él no se daba cuenta era que elegirle a él incluía elegir sus genes, que lo que hacía que Andrew fuera Andrew formaba parte de la ecuación. Si yo seleccionara a una madre biológica, ¿no estaría seleccionando, en efecto, los dos conjuntos de genes del bebé? El niño seguiría siendo mi creación.

Aun así, sabía que el proceso de gestación subrogada no sería fácil. ¿Alguien aceptaría a una mujer que había pasado por el cáncer?

No quería descartar ninguna opción, por limitadas que fueran, así que escribí cartas y esperé. Me puse en contacto con las agencias de adopción y, a pesar de las reservas de Andrew, escribí a COTS (Childlessness Overcome Through Surrogacy, Infertilidad Superada a través de la Gestación Subrogada), la organización de gestación subrogada fundada por Kim Cotton en 1988. Esperaba tener una batalla con las agencias, suponiendo que probablemente me rechazarían por razones de salud.

No me equivocaba. Pronto llegó una negativa de una agencia de adopción, indicando que necesitaba estar libre de cáncer durante al menos cinco años antes de poder ser considerada siquiera. Era exactamente la respuesta que había estado esperando.

En cinco años cumpliría treinta y cinco, demasiado mayor para los estrictos criterios de las agencias de todos modos. Una vez más el tiempo no estaba de mi parte. Me parecía demasiado joven —muchas mujeres se convertían en mamás a los cuarenta— pero así era. De hecho, Andrew tenía muchas más posibilidades de adoptar como hombre soltero que nosotros como pareja casada.

Aunque disculpándose, la carta argumentaba que el niño podría sufrir pérdidas emocionales adicionales a las que ya había pasado si yo moría. Entendí este punto de vista y me di cuenta de que no tenía sentido impugnar esta decisión. Aun así, no pude evitar volver a mirar las fotos de los niños, sus pequeñas caras mirando a la cámara, tan desesperadas por ser amadas. Me partía el corazón. Podría haberles ofrecido un hogar estable, seguro y amoroso. Nunca llegaría a ningún sitio con sus reglas rígidas y sus actitudes cerradas. Enfadada, tiré la carta a la papelera.

Con la adopción descartada, convencí a Andrew de que centrara sus energías en la gestación subrogada. Todavía le preocupaba que fuera un acuerdo inequitativo, pero sin otras opciones disponibles estaba a bordo.

Y así comenzó la tarea de encontrar una gestante adecuada y quizás también una donante de óvulos. COTS era una agencia joven y conseguir que nos inscribieran en sus listas llevó mucho tiempo.

El público en general veía estos acuerdos no solo como extraños sino como arriesgados. Los artículos de prensa sesgados y sensacionalistas no ayudaban. Un artículo que leí era sobre una gestante que se había quedado con el bebé. Esto también nos preocupaba a nosotros. ¿Hasta qué punto podías fiarte de alguien en estas circunstancias? El artículo sugería que el problema surgía de ignorar a la gestante embarazada, lo que la llevaba a pensar que el bebé no era lo suficientemente deseado. No parecía tener nada que ver con un vínculo emocional entre la madre y el bebé.

Desde ese informe, se habían puesto en marcha más controles de antecedentes de las gestantes, por lo que encontrar mujeres dispuestas a asumir un acto tan extraordinario de altruismo, evaluarlas adecuadamente para verificar sus buenas intenciones, todo llevaba tiempo. Malcriaría a mi gestante si alguna vez encontraba una.

Sabía que debería esperar hasta la mágica marca de «alta» de cinco años antes de empezar este proceso, pero no había ningún daño en explorar cómo hacerlo mientras tanto. Ya había reunido información en silencio sin decírselo a Andrew. Desesperadamente necesitaba este fragmento de esperanza.

COTS finalmente me envió una lista de posibles gestantes con sus perfiles: dónde vivían, su edad, peso, educación, trabajo, aficiones, etc. Un jueves por la noche estaba ocupada hojeando algunos de los perfiles y leyendo el boletín de COTS cuando sonó mi teléfono.

Era mi padre. Él nunca llamaba, siempre era mamá. Supe que algo grave debía haber ocurrido.

Con la voz quebrada, me dijo que el cáncer de mama de mi madre se había extendido y que ahora estaba en el hígado. Casi se me cayó el teléfono. Sabía que una vez que la enfermedad llegaba al hígado, los pulmones o el cerebro significaba una sola cosa. Era estadio IV, terminal, y solo tenía sesenta años. Era demasiado joven para morir.

[1] Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Riesgos desiguales para el cáncer de mama asociados con diferentes terapias de reemplazo hormonal: resultados del estudio de cohorte E3N. Breast Cancer Research and Treatment. 2008;107(1):103-111. La progestina aumentó el riesgo significativamente, mientras que la progesterona no lo hizo.

— PROGRESO DE LA TRADUCCIÓN —

Esta es la **Parte 1** de la traducción completa del libro.

■ Completado en esta entrega: Portada · Aviso legal · Dedicatoria · Agradecimientos · Prólogo · Introducción · Diez pasos · Capítulo 1 (Maracas) · Capítulo 2 (Un pequeño problema)

■ Pendiente en próximas sesiones: Capítulos 3 al 25 + Resumen + Referencias

Para continuar en la próxima sesión, sube el mismo PDF y escribe: «Continúa la traducción desde el Capítulo 3»

Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

PARTE 2 — Capítulos 3 al 6

Continuación de la traducción al español

Capítulo Tres:

¡Dime la verdad!

Instantáneamente sentí una fuerte sensación de solidaridad con mi madre. Sabía lo sola y aislada que uno se sentía al recibir un diagnóstico. Peor aún, ahora se enfrentaba a una sentencia de muerte. Solo podía imaginar lo terrible que debía ser aquello.

Inmediatamente comencé una búsqueda frenética de cualquier cosa que pudiera ayudarla, sabiendo perfectamente que el tiempo no era su aliado y que la medicina convencional por sí sola sería inútil.

Internet en 1996 era bastante escaso de contenidos, pero había algunas historias de personas que sobrevivían al cáncer adoptando un cambio radical en la dieta. Cuanto más buscaba, más empezaba a preguntarme por qué algunos de estos tratamientos y dietas modificadas no eran sugeridos ni explorados por más pacientes con cáncer.

Mientras me adentraba en el mundo de los tratamientos alternativos empecé a descubrir datos sobre el cáncer que nadie me había contado jamás. Por ejemplo, aprendí que la glucosa alimenta a la mayoría de los cánceres y que el IGF-1 (una hormona del factor de crecimiento similar a la insulina que se encuentra en niveles elevados en los lácteos y la carne) estaba implicado en impulsar su crecimiento.

Vaya. ¿Por qué no lo había sabido antes? Las células cancerosas tienen muchos receptores de glucosa en su superficie para «alimentarse» de ella y obtener las enormes cantidades de energía que necesitan para reproducirse. Leyendo más, aprendí que siempre tienen hambre. Su apetito insaciable de nutrientes les ayuda a llevar a cabo su proliferación implacable, dándoles tanto los bloques de construcción como la energía para seguir duplicando su tamaño. Parecía que todo el enfoque de los tratamientos convencionales estaba en las mutaciones genéticas y la división en el núcleo celular. ¿Y qué hay de atacar también el metabolismo alterado? ¿Por qué no se abordaba esto?

Aprendí que el cáncer no sobrevive en entornos oxigenados. Prefiere las condiciones anaeróbicas y un proceso llamado glucólisis (una descomposición de glucosa en el citosol, no en las mitocondrias) para «fermentar» y crecer, de forma parecida a cómo fermentan las levaduras. Este proceso de «fermentación» es una forma tremendamente ineficiente de producir energía, casi como si la célula hubiera revertido a tiempos primitivos cuando el mundo no tenía oxígeno. Aprendí cómo el cáncer envía mensajes y señales para construir nuevos vasos sanguíneos que lo alimenten (un proceso llamado angiogénesis) y que necesita otros factores para alimentar su crecimiento exponencial. Y descubrí la importancia de mantener un sistema inmunitario funcional, irónicamente algo que arruina la quimioterapia en exceso. Nada de esto se había discutido conmigo nunca.

Como fisioterapeuta plenamente formada, sentí que debería haber sabido todo esto o haberlo aprendido cuando me diagnosticaron. Me sentí muy negligente, pero parecía que incluso los propios médicos no entendían estos hechos o al menos cuestionaban su importancia. Cuando les interrogué, me dijeron que nunca se había demostrado que las dietas ayudaran. Pregunté si alguna vez había habido ensayos clínicos al respecto. No los había habido. Los ensayos sobre dietas eran notoriamente difíciles. Pero eso no era prueba de que no funcionaran, ¿verdad? ¿Y qué hay de atacar el sistema inmunológico? Inútil, decían. El sistema inmunológico estaba tan abrumado por el cáncer que no lo trataba como una fuerza invasora. Creyendo que el cáncer era simplemente otra parte del cuerpo, el sistema inmunológico ya no lo atacaba, así que tenía poco sentido atacarlo. Esto me parecía un argumento derrotista. Pero quizás el tumor necesitaba ser «apagado» de alguna manera para permitir que el sistema inmunológico se reactivara. ¿Cómo podría lograrse eso? ¿Quizás ralentizando o desactivando el metabolismo alterado del cáncer?

La oncología no era una especialidad con la que hubiera estado familiarizada como fisioterapeuta. Como resultado, había depositado toda mi fe en mis colegas de la profesión médica para que me curaran. En aquel momento no había cuestionado siquiera los tratamientos que me daban. Dediqué poco tiempo a investigar su eficacia real o si había alternativas complementarias que pudieran ayudar. Había dado por sentado que estaba recibiendo el mejor tratamiento posible. Creí las garantías de los médicos de que me curaría.

En las semanas siguientes, mientras veía morir a mi madre, el peso de mi dolor solo se intensificó. Era una constatación deprimente de que la profesión oncológica no estaba abordando el cáncer en suficientes niveles. Mi estado emocional debió de ser masivamente perjudicial para mi sistema inmunológico y me sentía culpable de que mi propio diagnóstico de cáncer debió de haberle afectado profundamente a ella. Nada de lo que decía podía persuadirla de eliminar o reducir el azúcar y los carbohidratos refinados de alto índice glucémico en su dieta. Y tomar suplementos no era algo que estuviera dispuesta a hacer.

En cualquier caso, creo que probablemente ya era demasiado tarde para rescatarla. Como muchos de su generación, veneraba a su médico. Hacía ciegamente todo lo que él le decía, como comer pasteles y galletas para «alimentarse» y «darle energía». Yo era la única que le decía que intentara algo diferente. Pero yo era simplemente una fisioterapeuta, mientras que otros miembros de mi familia son médicos. No se oponían abiertamente a lo que yo decía, pero sentía que pensaban que mis esfuerzos eran mal encaminados y de poco valor.

Era frustrante y doloroso ver a mi madre consumirse, pero en ese momento ya había demasiado daño en su cuerpo tanto por el cáncer como por la quimioterapia. Poco a poco fue debilitándose hasta quedar postrada en cama, y una tarde de principios de octubre finalmente murió en paz en casa, con mi padre, mi hermano y yo sosteniéndola en sus últimos momentos.

Aunque fue un final apacible, fue devastador presenciarlo. Nunca lo olvidaré. Me había sentido tan impotente y sin poder hacer nada. Una vez más toqué fondo. La medicina moderna me había fallado a mí y también a mi madre. La muerte de repente se sentía muy real, ya no era algo que les ocurría a otras personas. Aún estaba en los primeros treinta años y de

repente no me sentía tan invencible como cuando me diagnosticaron por primera vez.

Sabía que tenía que investigar más y prepararme si el cáncer regresaba. Gracias a la confusa y engañosa clasificación y estadificación del cáncer de cuello uterino, solo ahora comencé a darme cuenta de que mi cáncer «estadio Ib» era en realidad estadio III, ya que había estado en muchos de mis ganglios linfáticos. Estaba a solo un paso de un diagnóstico terminal de estadio IV.

En los meses posteriores a la muerte de mi madre, no solo llevaba su pérdida en un duelo profundo, sino que estaba atormentada por visiones de mí misma en ese lecho de muerte. En lugar de verla a ella, me imaginaba a mí misma tumbada allí, mirando al vacío, exhalandomi últimos alientos.

Fue un llamado de atención a gritos. No necesitaba más estímulos. El impacto y el trauma de esta experiencia me hicieron ver mi vida con ojos nuevos y frescos. Tenía demasiadas razones para vivir. No lo sabía entonces, pero su muerte iba a salvar mi vida. Su partida se convirtió en la plataforma de un giro en mi propia salud. Empecé a modificar mi dieta, a hacer más ejercicio, a investigar más y a prestar más atención al hecho de que mi cuerpo había sufrido cáncer. Había centrado toda mi energía en la infertilidad, pero ahora ya no intentaba barrer la enfermedad bajo la alfombra como si nunca hubiera existido. Sabía que mi salud exigía toda mi atención, que el cáncer era una lección a la que me había negado a escuchar hasta ahora.

Tenía que reducir mis niveles de azúcar como mínimo, así que eliminé muchos carbohidratos simples como el pan y el azúcar (aunque en esta etapa no fui suficientemente lejos) y eliminé los lácteos y la mayor parte de la carne, que contienen las hormonas IGF-1 que impulsan el crecimiento del cáncer. Rara vez comía carne roja de todas formas, pero ahora eliminé los alimentos que encontraba inflamatorios, como patatas, tomates, ruibarbo, pomelo y fresas. Sentía que eran demasiado ácidos y parecían estimular una reacción inflamatoria en mi cuerpo. Podía notarlo. Acababa de pasar por una operación de rodilla por el accidente de esquí y la articulación me lo dejaba claro al día siguiente si había cometido un error dietético. La inflamación parecía ser una fuerza impulsora del cáncer y si lo que comía desencadenaba inflamación en mi rodilla, ¿podría desencadenar más cáncer?

Controlar mi dieta tan cuidadosamente significaba prestar mucha atención a cómo me afectaban los alimentos, si me sentía cansada después, si estaba hinchada o tenía dolor articular. Eliminé alimentos e hice listas de todo lo que había estado comiendo para intentar averiguar qué alimentos no me sentaban bien. Fue todo a base de prueba y error, y llevó algún tiempo descubrir qué alimentos eran un problema. Hoy en día existen pruebas para detectar anticuerpos IgG, por lo que los alimentos problemáticos se identifican fácilmente. Esto es mucho más sencillo que este enfoque de acertar o fallar, que era lento e impreciso. El trigo y los lácteos, al parecer, eran los peores culpables. Cambié el té normal por té verde y empecé a hacer zumos. Reduje drásticamente el alcohol y empecé a tomar más suplementos. Si el cáncer volvía, seguro que iba a estar preparada. Ya tomaba suplementos de glucosamina para la rodilla, pero aumenté mi ingesta de vitamina C y otras vitaminas.

El sulfato de glucosamina, resultó ser algo bueno. Es un excelente prebiótico, excelente para mantener un intestino sano, un hecho que todavía se desconoce en gran medida, y estaba por descubrir que también es un inhibidor de la metaloproteinasa de matriz (más sobre esto más adelante, pero en resumen, ayuda a detener la progresión). Pero me doy cuenta, con el beneficio de la retrospectiva, de que puede que haya alimentado mi enfermedad tomando vitamina C oral y vitamina E. Había asumido que tomándolas estaba previniendo una «metástasis», donde el cáncer envía una masa de pequeñas células satélite y ataca en una nueva zona del cuerpo. Lo que todavía no había aprendido era que los suplementos para la prevención del cáncer eran totalmente diferentes a los que necesitas cuando ya tienes cáncer. El supuesto de que lo había vencido resultaría estar completamente equivocado.

A finales de 1998 empecé a tener una tos persistente. No soy el tipo de paciente que corre al médico al menor cosquilleo, pero estaba preocupada. Ya sabía suficiente sobre mi cáncer como para saber que los pulmones eran el lugar más probable de propagación. Así que naturalmente encontré esta nueva dolencia extremadamente estresante. Estaba en alerta máxima.

El médico me dijo que tenía una infección de pecho, nada más, pero una ronda de antibióticos no consiguió curarla. Probé otro ciclo, que tampoco funcionó, así que decidí adoptar la táctica de esperar a que se curara sola. No lo hizo. Cada vez que volvía al médico me recetaban otro ciclo de antibióticos y se revelaba otro bicho, como si estuviera pelando las capas de una cebolla. Una infección escondiendo otra.

Dos meses después, seguía tosiendo mucho. Ya no contenta con aceptar que era solo otra infección, volví al médico y pedí una radiografía urgente. Mi médico de cabecera accedió y esa tarde caminé hasta el servicio de radiología del Hospital Chelsea and Westminster, con mi solicitud de radiografía en la mano, con aprensión por lo que revelaría.

Le dije al radiógrafo que ya me habían tratado de cáncer y que temía que se hubiera propagado. Le pedí que, por favor, también hiciera una radiografía lateral, ya que el médico de cabecera solo había puesto una vista en el formulario de solicitud. Una «vista lateral» es de lado a lado. Otro ángulo ayuda a descartar cualquier cosa sospechosa. Unos treinta minutos después salió sonriendo, diciendo que había sido revisada y que no había nada de qué preocuparse, que todo parecía perfectamente claro y que no era necesaria una vista lateral.

¡Uf! Realmente debería intentar dejar de preocuparme, me dije. Me estaba comportando como una paciente de cáncer típica, angustiándome por cada molestia y dolor. Pero las pruebas ya me habían fallado antes.

Otros dos meses después y la tos seguía yendo y viniendo. Mi duda persistente seguía creciendo. Había iniciado un proceso judicial contra el primer ginecólogo y el hospital del sur de Londres y mi confianza en la profesión médica estaba en su punto más bajo. ¿Por qué mis pulmones habían empezado de repente a darme todos estos problemas, y por qué no podía solucionarse con antibióticos? La consulta me descartaba constantemente como una «aprensiva».

Entonces, un domingo por la tarde de agosto, tras un acceso de tos, noté el sabor de sangre en la boca. ¡Vaya! ¿De verdad había sido sangre? No le dije nada a Andrew, pero en silencio me fui arriba a toser en el lavabo del baño. Justo delante de mí, claro como el agua, había un gran rastro de sangre. Dios mío. ¿Podía significar otra cosa? Me senté al borde de la cama intentando no entrar en pánico. ¡Piensa, Jane! ¿Había comido algo áspero que me hubiera arañado la garganta? Tosí de nuevo y ahí estaba, aún más sangre. Mierda. Mierda. Mierda.

Llamé a Andrew arriba. Miró la sangre pero de alguna manera mantuvo la calma. Quizás no entendía del todo la gravedad. Incluso después de que le expliqué la seriedad de lo que estaba mirando, su cara seguía sin expresión. Sería fantástico en el póker. A menudo encontraba irritante su aparente falta de emoción externa, pero en un momento de crisis como este su enfoque lógico, tranquilo y práctico era increíblemente útil.

Nos sentamos allí intentando calcular el mejor curso de acción. ¿A dónde debíamos ir? Ya no podía confiar en el Hospital Chelsea and Westminster. Tenía la sospecha de que mi radiografía allí no se había leído correctamente. Decidimos volver al Hospital Hammersmith, donde había tenido todos mis tratamientos anteriores en 1994-95.

Era un camino más largo y habría hecho cualquier cosa por no tener que entrar nunca más en ese hospital. Los recuerdos y el trauma de todo ello me habían dejado un profundo miedo y aversión al lugar. A regañadientes, nos dirigimos de vuelta al sombrío y destartalado edificio, la Casa del Horror de Hammer.

En Urgencias aquel domingo por la noche, el personal intentaba lidiar con hordas de pacientes exigentes e irritados. Un anciano que claramente había bebido mucho se había cortado un dedo accidentalmente. Se paseaba gritando y acusando a todo el mundo de ser inútiles, con el dedo en una bolsa de hielo. Quizás eran inútiles. Difícil saberlo. Alguien tenía que meterlo en cirugía de inmediato.

La sangre seguía subiéndome a la boca cada vez que tosía. ¿Cuánto tiempo tendríamos que esperar? Después de unas hora nos atendió un joven e inexperto médico residente que nos llevó a un cubículo. Hizo las preguntas habituales del historial médico, luego intentó con cada vena que encontró en mis brazos y manos para obtener una muestra de sangre. Estaba a punto de bajar a intentarlo con mis pies cuando sugerí que quizás alguien más debería intentarlo. Andrew nunca ha sido muy bueno con la sangre y las agujas y tuvo que salir del cubículo porque se sentía mareado. «¡Hazte el duro!», le bromeé a través de la cortina. Me estaba sintiendo como un alfiletero.

Después de eso me enviaron a hacer una radiografía. Seguía diciéndome a mí misma que debía haber sido algo áspero que había comido al almuerzo. Pero la sangre seguía ahí, no había parado. Se había puesto peor. Como solía decirme mi asesor empresarial: «No hay nada por lo que valga la pena preocuparse a menos que vayas a morir. Y si vas a morir, no tiene sentido preocuparse.» Un mantra que de alguna manera no encajaba en el contexto de la enfermedad, donde la posibilidad real de dolor y sufrimiento estaba por delante, pero decidí que tenía razón: me mantendría tranquila y positiva hasta que supiéramos exactamente con

qué estábamos tratando, si es que era algo. Quédate en el presente, Jane. Respiraciones profundas, lentas y tranquilas.

Me aseguré de que el radiógrafo hiciera tanto una vista posteroanterior (de atrás hacia adelante) como una lateral. Luego Andrew y yo nos sentamos y esperamos. Y esperamos. Un médico residente salió a vernos. Parecía gravemente preocupado. «Solo tengo que pedir a alguien más que compruebe esto», dijo. Bien, quería que se comprobara correctamente. Incluso si volvía diciendo que estaba claro, iba a sacar una copia y al menos obtener otra opinión. Quería estar 100% segura de que no había nada. Había perdido la fe en confiar en una sola voz en cualquier asunto relacionado con el cáncer.

Empezamos a hojear revistas e intentamos no pensar demasiado en ello. Aun así, de vez en cuando abordábamos la pregunta de «¿Y si?». Me preparé para cualquier mala noticia y decidí que, cualquiera que fuera el resultado, ahora tenía suficiente conocimiento sobre el cáncer en estadio IV como para al menos poder intentar vencerlo. Saber por dónde empezar a buscar información era algo que ya había abordado. Llevaba ventaja.

Esperamos y esperamos. Pasaron un par de horas. «De acuerdo, esto es normal para un departamento de consultas externas concurrido», me dije. Era simplemente el NHS típico, demasiados pacientes, poco personal. Eran ya las nueve de la noche y Andrew tenía hambre. Yo estaba demasiado preocupada para comer y no quería que se alejara y me dejara sola en caso de que nos llamaran. Estábamos allí sentados intentando mantenernos positivos. Pero el personal del mostrador se comportaba de forma extraña. Parecía que hablaban de nosotros en voz baja. Me dije a mí misma que me lo estaba imaginando e intenté ignorarlos.

¿Por qué tardaban tanto? ¿Dónde estaban? Ya sabía la respuesta pero seguía negándomela a mí misma.

Finalmente, un médico se acercó y nos pidió que pasáramos a una sala aparte. Agarré la mano de Andrew y la apreté. Nos miramos y reconocimos en silencio que esto no era buena señal. Si la radiografía hubiera estado despejada, nos habrían enviado de vuelta hace mucho tiempo, no nos habrían hecho esperar para luego meternos aquí. Tomé una bocanada profunda de aire y reuní cada onza de valentía que pude.

Una vez dentro, me senté en el borde de la cama, intentando actuar con normalidad. Cerró la puerta y fue directo al grano.

«Desgraciadamente, parece que hay una sombra en su pulmón derecho.»

Ya lo sabía. Pegó la radiografía en el visor y nos mostró la pequeña mancha redonda e irregular en mi pulmón derecho. Sí, ahí estaba, cáncer. Había vuelto y sabía sin que él lo dijera que ahora era estadio IV, el llamado terminal o incurable. Intenta mantener la calma, Jane. Mirando hacia abajo, vi que mis manos temblaban incontrolablemente.

«¿Cuántos tumores puede ver?», pregunté, con la voz bastante tranquila a pesar de las emociones turbulentas en mi interior. «Bueno, no podemos estar seguros de que sea un tumor. Necesitamos los resultados del análisis de sangre para estar seguros, y por supuesto una

biopsia», dijo.

«Mire, soy fisioterapeuta y sé que casi con toda certeza es un tumor. He tenido cáncer de cuello uterino, el lugar más probable para una metástasis son los pulmones y ahora estoy tosiendo sangre con una sombra justo ahí. ¡Por favor, sea honesto conmigo! La probabilidad de que sea cualquier otra cosa es extremadamente remota. ¿Cuántos tumores puede ver?»

El médico me miró en silencio durante unos segundos y se dio cuenta de que tenía poco sentido intentar escamotear la información como suelen hacer, o dar la noticia suavemente con medias verdades, sin ser completamente honesto sobre la gravedad de la situación.

«Bueno, sí, lo más probable es que sea un tumor, pero la buena noticia, si es que la hay, es que parece que solo hay uno, aunque es más grande que una pelota de golf. La mala noticia es que me temo que va a tener que quedarse en el hospital. Estamos preocupados de que pueda necesitar una cirugía de emergencia si revienta un vaso importante, así que hemos dispuesto una cama en una de las plantas.»

Vaya. De acuerdo, eso me golpeó como un puñetazo en la nariz. ¿Pensaban que podría estar a punto de estirar la pata en cualquier momento? Mierda. Andrew me miró y murmuré: «Voy a estar bien, no te preocupes. Estoy segura de que solo están siendo exageradamente precavidos.» Aunque en realidad no tenía ni idea de si lo eran. Puede parecer extraño que aquí estuviera yo, recién diagnosticada con cáncer terminal, tomándolo mucho mejor que cinco años antes. Perder mi útero, mi feminidad y la familia que siempre había anhelado más que cualquier otra cosa en el mundo había sido mucho peor.

Normalmente me describiría como un tren emocional descarrilado. Lloro con los anuncios más patéticos de la televisión. Pero ahora me invadió una extraña calma. Sentí una oleada de fuerza, un nuevo propósito y significado fluyendo a través de mí. El instinto de supervivencia inundaba mis venas. Estaba renaciendo. Sabía lo que tenía que hacer. Y no incluía llorar, tomar un papel pasivo ni depender únicamente de la profesión médica. Me habían defraudado demasiadas veces.

Había tenido tanta fe en el NHS y en el sistema médico como fisioterapeuta y estaba tan segura de que me cuidarían y me reconstruirían. Fue una lección dolorosa y dura descubrir lo ineficaz que podía ser en ocasiones.

Al final fue una constatación deprimente la de que los tratamientos contra el cáncer no eran ni de lejos tan efectivos como se hacen creer en los medios convencionales. Los «cambios de juego» rara vez lo eran. El sistema era intrínsecamente defectuoso, establecido para beneficiar a la industria farmacéutica antes que al paciente. A los pacientes se les fallaba sistemáticamente por falta de tratamiento proactivo. La prevención no parecía existir. Más bien se trataba de esperar a que el cáncer volviera, a que cayera el hacha, antes de que se levantaran del sillón para tratarte con su último arsenal de productos químicos tóxicos.

El médico preguntó cuál había sido mi último marcador de células escamosas. «¿Mi qué?» Dijo que podrían haberse hecho análisis de sangre con marcadores que podrían haber mostrado cualquier progresión, pero que nunca me los habían ofrecido. Nunca. ¿Por qué? Era

tan sencillo y no invasivo. ¿Por qué nadie lo había sugerido nunca? ¿Dónde estaba el enfoque proactivo en todos estos llamados cuidados?

Cuando el médico nos dejó solos para decidir qué queríamos hacer, puse los brazos alrededor de Andrew y nos abrazamos en silencio durante varios minutos. No tenía ropa ni cepillo de dientes para quedarme a dormir.

«Vamos, corre a casa a por mis cosas», le dije.

«No quiero dejarte», dijo. «No puedo volver a casa esta noche mientras estás sola después de lo que te ha dicho. No está bien. Quiero quedarme contigo.»

«Mira, de verdad no me siento tan mal. Estoy segura de que solo están siendo ridículamente cautos con lo de reventar el vaso sanguíneo», dije, intentando sonar tranquilizadora. «Podemos superar esto. Tomémoslo un día a la vez.»

Estaba bastante sorprendida de que pudiera hablar siquiera sin sonar aterrorizada. Había emergido una fortaleza interior que no sabía que existía. Nunca me había sentido más fuerte. Sentía que me estaba levantando de las cenizas. Podía hacerlo. Estaba segura. Me enfrentaba al mayor desafío de mi vida y lo afrontaría de frente, con valentía. Hora de «hacerme la dura» como le había dicho a Andrew antes.

Con este diagnóstico terminal, de repente todo cobró nitidez. A pesar de todo el dolor que me había superado antes, me di cuenta de que no podía desperdiciar ni una onza más de energía en esa emoción destructiva. Tenía que canalizar todo hacia la supervivencia. Morir no era una opción. Puede parecer una obviedad, pero he conocido a muchos pacientes que aceptan su destino con poca resistencia. Casi con un encogimiento de hombros de aceptación. «Bueno, he tenido una buena vida», dicen, concediendo que todo ha terminado sin siquiera considerar pelear. Como si la mala suerte hubiera repartido su carta y hubiera poco que pudieran hacer.

No, yo tenía demasiado por vivir aún. Solo tenía treinta y cinco años y me resolví a investigar todo lo que pudiera. Se decía que no había cura, pero estaba segura de que la respuesta tenía que estar ahí fuera, quizás enterrada en viejos documentos o en un estudio pasado por alto. De alguna manera la encontraría.

Me negué a verme como un soldado herido cojeando hacia mi muerte prematura. Era una luchadora, de vuelta en primera línea. Aunque llevaba muchas cicatrices profundas física, mental y emocionalmente, no eran suficientes para impedirme levantarme y volver al combate.

¿Estaba lista? A por ello.

Capítulo Cuatro:

Colaboradores, no dictadores

Costó mucho convencer a Andrew para que me dejara en el hospital aquella noche. Para ser honesta, yo casi me negué a quedarme. El calor y la comodidad de mi propia cama, la normalidad de estar en casa, la tranquilidad de despertar a su lado era lo único que quería en ese momento. Pero la situación era aparentemente de riesgo vital. Así que, a regañadientes, Andrew fue a casa, recogió algo de ropa para mí y volvió veloz al hospital para encontrarme en la planta.

Era después del horario de visitas, pero el personal mostró algo de compasión y le permitió quedarse una hora. Tenía una habitación individual para mí sola, lo que fue un alivio. Lo último que quería era el bullicio de una sala. Necesitaba espacio para pensar. Todavía tosía sangre, un desagradable recordatorio de lo que estaba ocurriendo en mi interior. Por lo demás, físicamente no me sentía tan mal.

Mentalmente estaba aterrorizada, por supuesto. ¿Y si tenían razón y reventaba un vaso mayor en mitad de la noche y necesitaba una cirugía de emergencia para salvarme la vida? Andrew estaba igualmente aterrorizado, pero optamos por pensar en otras cosas, en asuntos prácticos, en organizarnos para afrontar este enorme cambio en nuestras circunstancias.

Nuestra boda estaba planeada para dentro de tres meses. La iglesia, la recepción, todo estaba reservado y las invitaciones enviadas. Me di cuenta con consternación de que había muchas posibilidades de que me dieran quimioterapia una vez más. No solo me sentiría enferma, sino que estaría calva, lo que —seamos sinceros— no es el mejor aspecto para una novia. No sería la boda con la que siempre había soñado, sintiéndome preciosa, sana y radiante. Maldito cáncer. Ya había arruinado mi posibilidad de tener una familia y ahora estaba arruinando también mi boda.

Tendríamos que posponerla. Esperaríamos hasta saber hasta dónde se había extendido el cáncer antes de dar la noticia a nadie excepto a mi hermana Suzie, que es médica. Hablaría con ella. Había sido increíble ayudándome durante la primera vez, aunque sabía que había dependido demasiado de ella y no había hecho suficiente investigación por mí misma. Sabía muy poco sobre tratamientos alternativos y yo sabía que la medicina ortodoxa esta vez no sería suficiente para salvarme.

A las once de aquella noche, la enfermera entró y dijo que lo sentía mucho pero que ya no podía permitir que Andrew se quedara más tiempo. Nos dimos un largo abrazo. Fue tan difícil soltarlo. «Te prometo que estaré bien. Tengo el teléfono. Te mando un mensaje a primera hora de la mañana.» Le costó irse, deteniéndose en la puerta. Después de que los médicos le hubieran metido el miedo a mi muerte inminente en la cabeza, no estaba seguro de si esta sería la última vez que me vería.

«¡Venga, vete a casa! ¡Estoy absolutamente bien!» Se giró lentamente hacia el pasillo, lanzándome un último beso. Me quedé sola con mis pensamientos.

En casa, Andrew se conectó directamente a Internet y buscó las estadísticas y mis posibilidades de supervivencia. En 1999 nadie podía obtener información con un clic en el móvil. Para mí, atrapada en la planta aquella noche, probablemente era algo positivo, pero para Andrew fue una historia diferente. Creo que no pegó ojo aquella noche.

Sentada sola en mi habitación del hospital, a ocho kilómetros de casa sin deprimentes estadísticas que considerar, ya empezaba a sentirme más animada. Decidí que quería ver la radiografía tomada meses antes en el Hospital Chelsea and Westminster. Necesitaba saber si el cáncer había estado presente entonces, ya que sospechaba profundamente que había sido pasado por alto. Con eso podríamos calcular el «tiempo de duplicación» del tumor, lo rápido que crecía. Había aprendido bastante sobre el cáncer cuidando a mi madre, pero ni de lejos suficiente. ¿Por qué no había sabido nada sobre los análisis de sangre?

Sorprendentemente, dormí bien. Cuando los médicos se agolparon en mi habitación a primera hora de la mañana, estaba sonriendo y animada. Honestamente, debían de ser diez, todos con una mórbida fascinación por ver a esta treintañera con cáncer en estadio IV. Me sentí como un ejemplar de exposición.

Creo que se sorprendieron más que un poco por mi actitud positiva. Quizás pensaron que no había captado del todo la gravedad de la situación. Bueno, ¿seguía estando viva, o no? No me había desangrado durante la noche. Era un buen comienzo.

Examinaron la radiografía con detenimiento y decidieron que los vasos sanguíneos principales estaban a suficiente distancia del tumor como para no suponer una amenaza inmediata para mi vida. Así que podía irme a casa siempre que volviera más tarde ese día para más pruebas. ¡Hurra! No perdí tiempo en salir de la Casa del Horror de Hammer. Llamé a Andrew, que inmediatamente fue en coche a recogerme.

El alivio de volver a casa fue abrumador. Después de abrazar a mis dos adorables gatos, me permití llorar por primera vez. Grandes sollozos salieron de lo más profundo mientras enterraba la cabeza en los brazos de Andrew. Pero mientras lloraba, sabía que tenía que ponerme a trabajar. No tenía tiempo para compadecerme de mí misma. Necesitaba tener el control. Yo también quería saber qué decían las estadísticas. Andrew me dijo que no mirara, pero necesitaba saberlo. Lo que vi me sacudió hasta los cimientos.

Todo lo que los médicos me hicieran de ese momento en adelante podría afectar mis posibilidades de supervivencia, y ya se habían cometido demasiados errores. ¡Esta vez iba a desempeñar un papel importante en mis decisiones de tratamiento, le gustara o no a los médicos!

La primera vez había estado demasiado traumatizada y deprimida por mi diagnóstico como para poder hacer otra cosa que no fuera estar de acuerdo con las sugerencias y aceptar dócilmente el primer camino ofrecido. Había sido demasiado pasiva y demasiado desesperada por deshacerme del cáncer.

Esta vez iba a ser diferente. Era mi cuerpo el que estaban tratando. Iba a dirigir el espectáculo y los médicos iban a desempeñar papeles importantes pero no el papel principal. Ese era el mío, gracias.

Muchos médicos se sienten un poco ofendidos por un paciente armado con una larga lista de preguntas, en particular sobre tratamientos alternativos. Y si te atreves a mencionar la dieta espera un rápido y desdeñoso rechazo (¡ni se te ocurra sacar el tema de la cetosis nutricional, suena demasiado similar a la cetoacidosis y tu médico te dirá inmediatamente que lo evites!). Los oncólogos son, en general, una clase aparte, convencidos de que saben lo que es mejor para ti con un enfoque de «a mi manera o a la carretera».

A pesar de esta actitud en su mayoría dogmática, instilada por años de formación, sabía que había algunos excelentes dispuestos a escuchar al paciente y respetar sus deseos.

Los buenos oncólogos incluso reconocen que los pacientes pueden ser sus mejores maestros. Pero me he encontrado con demasiados que son arrogantes, que parecen disfrutar humillando a quienes cuidan. Esto no hace nada por la confianza del paciente común, que se ve forzado a sentirse ignorante y estúpido ante su superior conocimiento médico. Lo único que hace es alimentar el ego del oncólogo.

Las actitudes están cambiando lentamente, pero incluso hoy conozco a un médico cuya taza de café reza: «Estás confundiendo tu rápida búsqueda en Google con mis seis años de carrera médica», que dejará estratégicamente en su escritorio antes de recibir al incurable hipocondríaco. Las redes sociales e Internet han hecho que muchos pacientes se conviertan ahora en expertos en su propia enfermedad.

No hay duda de que hay médicos muy hábiles y conocedores, que comprenden las enfermedades de sus pacientes. Aprecian la interacción de los fármacos y conocen el curso del cáncer, las estadísticas y las opciones convencionales. Están ahí para ayudarte a navegar por el campo minado médico con su confusa terminología y sus trampas ocultas. Tengo gran respeto por sus conocimientos. A pesar de todo, me parecía que mi oncólogo se perdía el cuadro completo.

Iba a tener que convertirme en mi propia experta. Necesitaría aprender todos los términos médicos si quería entender la investigación, ser tratada como una igual y hacer que los médicos me escucharan, en lugar de tratarme como una paciente con un bulto que había que reducir. Y tendría que aprender deprisa. El tiempo, me recordaban los médicos, no era mi aliado. Pero ya tenía muchos conocimientos médicos; eso era una ventaja. Y ya había aprendido mucho sobre el cáncer investigando para mi madre. Términos como «angiogénesis» y «apoptosis» ya me resultaban familiares.

Nunca iba a darle la espalda por completo al tratamiento convencional, pero tenía que haber otras opciones además de la cirugía y la quimioterapia. Parecía que el progreso médico había avanzado poco en décadas. Para sobrevivir necesitaba llevar el tratamiento más lejos de lo que nadie había hecho antes, añadir cosas a mi tratamiento no solo para abordar las mutaciones genéticas sino los problemas metabólicos que los acompañaban, un área que

parecía estar ignorada por el sector convencional, a pesar de la investigación de Otto Warburg que se remontaba a 1924.

Para vencerlo, tenía que conocer a mi enemigo. Tenía que descubrir cada pequeño matiz suyo, explotar sus puntos débiles, sus talones de Aquiles, y golpearlos todos juntos. Lo atacaría desde todos los ángulos posibles, ya fuera con fármacos convencionales, suplementos o terapias alternativas. Tenía que haber algo más que cirugía y quimio.

Como fisioterapeuta, me habían formado en ciencia y medicina basada en la evidencia. Sabía que en otros lugares se estaban probando combinaciones de fármacos, como para las infecciones por VIH. Varios fármacos diferentes con distintas acciones se utilizaban juntos, una combinación a veces llamada cóctel de fármacos. El cáncer era en efecto una complejidad de vías anormales y señalización celular, así que ¿dónde estaban las combinaciones para hacerle frente? No existían.

Cuando hablé con mi hermana la noche siguiente, intentó mantenerse positiva a pesar de estar claramente alterada. «Oh no. Tienes otro pequeño problema», dijo, usando la expresión de mamá para su cáncer. Un pequeño problema. ¿Estaba siendo despectiva? No, intentaba minimizar el impacto emocional. «Sí, pensémoslo así, un irritante pequeño problema, un niño desobediente que necesita un tiempo muerto. No un enemigo invencible.»

Empecé a formular mi plan. Dibujé un mapa de cómo lo iba a atacar. En el centro hice un pequeño círculo irregular, el «Pequeño Problema», y luego dibujé flechas golpeándolo desde todas las direcciones. Desde el norte llegaba veloz la flecha de la cirugía. Desde el sur atacaba la quimio. Pero esas dos flechas no eran suficientes. Sabía que también tenía que ser golpeado por flechas desde el este, el oeste y por todas partes. Incluso lo visualicé en 3D.

Una cosa que sabía con certeza era que mi dieta necesitaría cambios aún más drásticos. El cáncer quería glucosa. Mucha. Si podía reducir esto, como mínimo debilitaría sus defensas. ¿No tenía esto un sentido lógico? Ignoré a los médicos que me decían que la dieta no haría ninguna diferencia. ¿Cómo no iba a hacerla?

Durante los primeros tres días después de empezar a toser sangre me habían hecho tomografías computarizadas y ecografías, y me habían examinado y tocado por varios miembros del personal del hospital. Para el miércoles de esa semana me habían «estadificado». La búsqueda de otros tumores había terminado. Para mi inmenso alivio no había ninguno, pero seguía siendo estadio IV. La constatación de que solo tenía un «pequeño problema» hacía que el diagnóstico fuera algo más fácil de aceptar. Estaba convencida de que si el cáncer había estado acechando dentro de mí todo ese tiempo, debía haberse extendido a otros lugares.

¿Había tenido suerte o el cambio de dieta desde la muerte de mi madre ya había ayudado a frenarlo? La enfermedad en esta etapa era normalmente desenfrenada y agresiva. Sabía que lo que fuera que hubiera estado haciendo debía de haber tenido un efecto. Esto era extrañamente reconfortante en medio de tanta tristeza. Estaba segura de que mi baja ingesta de azúcar y los suplementos que había tomado debían de estar ayudando. ¿La dieta no hace

ninguna diferencia? Tonterías. Ya me había demostrado a mí misma que sí.

El oncólogo también quería hacer una biopsia de mi tumor. ¡De ninguna manera iba a dejar que lo hicieran! ¿Para qué demonios? ¿Solo para demostrar que era un tumor? Eso era investigar por el placer de investigar. Era muy poco probable que fuera cualquier otra cosa y no haría la más mínima diferencia en mi plan médico. Iban a extirparlo quirúrgicamente de todos modos.

En lo que a mí respectaba, podían esperar y hacer la histología después de que lo cortaran correctamente. No quería arriesgarme a romper la cápsula que rodeaba al cáncer, aumentando así la probabilidad de que se extendiera a otro lugar. ¿No era de sentido común? En mi opinión, las biopsias eran una forma segura de interferir con el intento del cuerpo de contener el daño.

Los tumores tienen una especie de cápsula fibrosa. Un tumor del tamaño de la punta de un lápiz puede contener miles de millones de células cancerosas y los cirujanos hacen todo lo posible por no derramarlas al operar, especialmente durante la cirugía pulmonar. Ya sabía entonces que la diseminación metastásica post-quirúrgica era un fenómeno generalizado, algo que los cirujanos nunca mencionan al paciente ni siquiera parecen reconocer. ¿Cuál era el punto de pincharlo con un cortador de biopsia y dejar la puerta del granero abierta de par en par? Me parecía completamente ridículo. No quería más células tumorales zumbando por mi cuerpo buscando otro acogedor lugar donde vivir.

Esta diferencia de opinión llevó a una acalorada «discusión» con el médico durante unos buenos treinta minutos. Le dije en términos inequívocos que lo dejaran solo. Al final llegamos a un compromiso. Le permití tomar una muestra de esputo cercana mediante broncoscopia, pero en ningún caso debía penetrar el tumor. Entendió el mensaje. Empezaba a sentir que podría tener cierto control, que quizás se me permitiría tener voz en este tiovivo médico, aunque iba a ser muy difícil.

No estaba de acuerdo con el oncólogo que me habían asignado en el Hospital Hammersmith. Ni siquiera recuerdo su nombre, ya que solo duró dos visitas. Era brusco, despectivo y desdeñoso con mi punto de vista. Atascado en su enfoque rígido y estrecho de miras, no era capaz de responder a muchas de mis preguntas y parecía resentido porque las hacía.

No tardé en echarlo de mi equipo.

Quería encontrar a la profesora que me había tratado la primera vez. Se había trasladado de Londres a Guildford, a una hora de distancia, pero sabía que merecería el viaje. Prefería hacer el camino más largo para ver a alguien que me conocía y que tendría más probabilidades de tolerar mi difícil y complicado comportamiento. Me escuchaba y me respetaba. Necesitaba una colaboradora, no una dictadora.

Había sido una revelación que entre el diagnóstico primario y el secundario, en cualquiera de mis visitas rutinarias semestrales durante los últimos cinco años, se hubiera podido hacer un simple análisis de sangre para detectar cambios. Sentí desesperación de que el sistema me

hubiera fallado en tantos niveles. Ahora el análisis volvió mostrando niveles elevados del antígeno del carcinoma de células escamosas, alrededor de 190. Una lectura normal era inferior a 150. Cuanto mayor era el número, más activo estaba. Así que una lectura de 190, aunque mala, no era terrible. Estaba segura de que mi dieta y mi estilo de vida más saludable estaban manteniendo la lectura más baja de lo que podría haber sido. ¿Estaba hambreando al cáncer de lo que necesitaba para crecer?

Me puse en contacto con el Hospital Chelsea and Westminster y obtuve la radiografía que me habían hecho de los pulmones. Cuando se la mostré a mi oncóloga, podía ver claramente que mostraba el tumor. Sentí que no podía dejar esto sin comentario, así que escribí al director del hospital. Sorprendentemente, recibí una carta de disculpa contrita, pero al menos habían admitido la culpa.

Conseguir la radiografía no era para decir «te lo dije», aunque la tentación era enorme. Quería mostrarles a los médicos cuánto había crecido con el tiempo. En efecto, había un tumor en el mismo lugar, un poco más pequeño, pero ahí estaba. Una vez que sabía dónde estaba, era fácil de detectar. Debería haber sido obvio para cualquier radiólogo decente. Y no había crecido rápidamente desde la última radiografía, no al ritmo que temía, lo que también significaba que estaba haciendo algo bien.

Dado que había convivido con él durante varios meses, no estaba en pánico. ¿Podría controlar mi tumor con una dieta y suplementos aún más radicales? Saqué grandes conclusiones positivas de esto. Decidí que no me iban a meter prisa para ningún tratamiento o cirugía. Necesitaba investigar más y tomarme mi tiempo antes de dejar que la profesión médica se desatara sobre mi cuerpo de nuevo. Tomé la decisión de esperar unas semanas antes de operarme, para hacer balance y prepararme para la batalla que se avecinaba.

Mis otros hermanos quedaron comprensiblemente conmocionados cuando les dimos la mala noticia. Tengo dos hermanos menores además de una hermana mayor. Pasar por la enfermedad de mamá nos había unido bastante a todos. Mi nuevo diagnóstico, tan poco después de haber enterrado a nuestra madre, fue un golpe para todos ellos. ¿Tendrían que sufrir esa angustia y ese dolor una vez más?

Aunque estábamos unidos en la lucha contra el cáncer, tener médicos en mi familia hacía que mi camino hacia la salud fuera más complicado porque teníamos puntos de vista diferentes. Habían sido escépticos ante lo que yo le había sugerido a mamá, así que decidí no hablar con ellos de mis planes «alternativos», por si me disuadían o me influían de alguna manera. Quería ser enteramente responsable de mis decisiones si decidía tomar un camino diferente. Estaba abierta y receptiva a sus ideas y sugerencias, pero intentaría trazar mi propio rumbo. Ellos decidieron prudentemente dejarme hacer lo mío sin emitir juicios.

Suzie, supe más tarde, había informado discretamente a la familia de que pensaba que era poco probable que yo sobreviviera un año. Qué alegría no haberlo sabido. Que me lo hubieran dicho habría sido peor. Afortunadamente, nadie me lo dijo directamente jamás, aunque yo había leído tanto online. Doce semanas era la media. Predicciones como esa pueden convertirse en profecías autocumplidas, especialmente de alguien de la profesión médica. Ese

maldito uniforme blanco es simplemente demasiado poderoso.

A menudo me he preguntado si los médicos deben decir a los pacientes cuánto tiempo tiene de media una persona con su estadio y nivel de enfermedad para vivir. Por un lado, es profundamente deprimente. Además, cada paciente es diferente. Muchos entran en un capullo protector del que nunca salen. Por otro lado, es importante saber hasta qué punto estás metida en el barro, para poder tomar el nivel de acción apropiado.

Armada con algunos conocimientos ya, era lo suficientemente fuerte como para conocer mis estadísticas. Nadie lucharía esto tan duramente como yo. Iba a desafiar esa sentencia de muerte. Podía ver que a medida que el cáncer progresaba se hacía cada vez más difícil de tratar, volviéndose cada vez más resistente a las terapias convencionales. En estadio IV, la profesión oncológica considera que la enfermedad es imparable. Los oncólogos siguen convencidos de que la lucha es inútil, que los tratamientos fracasarán en última instancia, de que simplemente estamos «retrasando lo inevitable».

Necesitaba intentar algo drástico. Lanzar un cubo de agua sobre un fuego descontrolado no era suficiente para apagarlo. Era una situación urgente que requería una respuesta inmediata. El estadio IV en la mayoría de los casos significa que tienes un año o menos de vida, si te atenes a las definiciones ortodoxas. El estadio III significa que generalmente tienes al menos un año para vivir, con la posibilidad de superar el cáncer por completo, si tienes suerte. Cuanto más grande es, más agresivo es y más se ha extendido, significa que la respuesta debe ser proporcionalmente mayor. Y, deducí, debe ser atacado desde más ángulos. ¿No era esto de sentido común? ¿Por qué entonces los oncólogos persistían en su enfoque monoterapéutico, atacando solo el ángulo genético y no el metabólico?

Estaba claro que tenía mucho trabajo por hacer. La monoterapia significaba tratar a cada paciente de cáncer como un conejillo de indias en un gran experimento. Todos aceptamos los ensayos porque se nos vende la creencia de que es «por el bien común». Pero una enfermedad tan compleja como esta exige una solución igualmente compleja. Combinaciones de lo metabólico y lo genético. El enfoque metabólico ni siquiera era reconocido, era como si no tuviera ninguna importancia. ¿Y qué hay de la elección del paciente? Un paciente en estadio IV se define como «terminal» o en la «etapa final». ¿No se nos permitía ninguna voz en nuestras decisiones de tratamiento? ¿En la forma de nuestra muerte? ¿Éramos simplemente peones en un sistema que sirve a la industria farmacéutica?

No iba a dejar que el miedo guiara mis decisiones.

Capítulo Cinco:

Un Sherlock Holmes del cáncer

Y así comenzó mi búsqueda de respuestas.

No limité mi búsqueda a los tratamientos alternativos, como hacen muchos pacientes. No podía darle completamente la espalda al tratamiento convencional. De hecho, muchas áreas útiles de la oncología convencional parecían estar siendo completamente ignoradas. Me convertí en una exploradora de PubMed, escudriñando interminables artículos médicos publicados. Un «Sherlock Holmes» del cáncer, uniendo pistas e intentando dar sentido a un cuadro confuso y complejo.

La investigación se había centrado principalmente en la actividad de los genes en el cáncer. ¿Pero qué pasa con el resto del tumor, como los factores de crecimiento que utilizaba para alimentarse? Estos factores de crecimiento, como el IGF-1 y el Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (VEGF), estaban claramente relacionados con la inflamación y los cambios metabólicos que la ingesta de azúcar, carne y lácteos solo empeoraría. Me parecía que la atención de los investigadores oncológicos a los cambios genéticos les cegaba ante el cuadro general y les llevaba a ignorar la salud general de sus pacientes. El cáncer era una enfermedad sistémica; los marcadores eran detectables en la sangre, por lo que afectaba a todo el cuerpo. No era solo un «bulto» que había que extirpar.

Los pacientes a menudo hablaban de estar «sanos» antes de contraer el cáncer, pero esto casi nunca era cierto cuando profundizabas un poco más. Siempre había infecciones previas o problemas intestinales o ambas cosas. En la literatura médica, encontré referencias a los inhibidores de la ciclooxigenasa o COX como útiles para el cáncer. No tenía ni idea de qué eran cuando empecé a buscar, pero iba a hacer todo lo posible por averiguarlo.

La COX (ciclooxigenasa) era una enzima ligada a la inflamación. La COX parecía estar implicada en el proceso de ayuda para estimular el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos alrededor del cáncer, estimulando el Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (VEGF). Estos nuevos vasos sanguíneos llevaban nutrientes al cáncer para permitirle seguir aumentando de tamaño, para alimentar su biomasa creciente. Con mi problemática y a menudo hinchada rodilla, me pregunté si tenía inflamación de bajo grado en todo el cuerpo. Quizás por eso tardaba tanto en mejorar. Tenía pocas dudas de que tenía un componente inflamatorio en mi enfermedad y mi instinto me decía que necesitaba amortiguarlo.

¿Detendría esto un simple antiinflamatorio? En efecto, la aspirina era un inhibidor de COX 2 y un inhibidor del Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular. Me parecía una buena idea, todo lo que tenía que hacer era ir a la farmacia y conseguirla sin receta. ¿Pero por qué no la mencionaban ni la aplicaban ya mis médicos?

«¿Cuánto expresa mi tumor la COX 2?», le pregunté a mi cirujano torácico, que pronto iba a operarme el pulmón.

«Dios mío», dijo en un tono algo condescendiente, «has hecho bien los deberes.»

«Sí, quiero saber si cree que podría tomarla», dije, algo ofendida por la insinuación de que estaba más allá de la capacidad de las personas corrientes (había olvidado que era fisioterapeuta) investigar estas cosas, o incluso intentar entenderlas, y luego reunir la audacia de usar su lenguaje secreto especial.

«No hay suficiente evidencia para sugerir que sea útil», dijo.

«¿La cirugía no causa inflamación? ¿No sería útil entonces un antiinflamatorio antes y después de la cirugía?», insistí, sin intimidarme en absoluto por su actitud despectiva. Había leído que los marcadores tumorales invariablemente se disparaban después de la cirugía. ¿Era este aumento causado por la inflamación? ¿O por el derrame de células cancerosas en la sangre? ¿O por una supresión del sistema inmunológico? ¿O posiblemente por todo esto?

«Bueno, estaría muy preocupado por las hemorragias estomacales», añadió. «No lo aconsejo. Depende de usted si quiere asumir ese riesgo, pero si lo hace no quiero que lo tome demasiado cerca de su cirugía ya que hace sangrar más.»

Justo. Me pregunté si otro antiinflamatorio no esteroideo como el ibuprofeno podría ser mejor en el período previo a la cirugía, ya que no era un anticoagulante como la aspirina. Pensó que esto también sería arriesgado. Parecía ilógico. ¿O en realidad estaba diciendo que cualquier cosa que yo intentara sería inútil de todos modos?

Me pregunté cuál era el riesgo real de tomar aspirina. Otros antiinflamatorios no esteroideos conllevaban un mayor riesgo de úlceras estomacales. Hasta donde yo sabía, la aspirina parecía recetarse libremente para la prevención de accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio. Si era suficientemente buena para ellos, lo era para mí. Buscaría las estadísticas cuando llegara a casa.

Tomé la decisión de tomar aspirina a dosis baja a pesar de su negatividad, pero sus palabras se abrieron camino en mi psique de una manera que resultaría catastrófica años después. En efecto, si tan solo hubiera sabido que el riesgo con la aspirina era de un mero 2%, que comparado con mi 100% de riesgo de morir habría hecho que la decisión fuera fácil. ¡Cualquier mejora en mis posibilidades de supervivencia era seguramente un riesgo que valía la pena correr! Además, mantener las células cancerosas circulando sería mejor que dejarlas pegarse a las paredes de los vasos sanguíneos y establecerse en algún nuevo lugar.

Continué profundizando.

«De acuerdo… esta cirugía. Sé que ahora mismo solo hay un tumor, pero me preocupa mucho que pueda volver en algún momento futuro y que quizás tenga más tumores la próxima vez. ¿Ha operado más de un tumor a la vez?»

«Oh sí. Muchas veces», dijo con una sonrisa tranquilizadora.

«¿Cuántos ha extirpado a la vez?» Tenía una curiosidad macabra.

«Oh... ¡unos veinte!» Lo dijo con evidente orgullo. Caramba. ¡Veinte! ¿Quedaba algún tejido pulmonar después de eso? Quería saber exactamente cuán hábil era.

«¿Sobrevivió el paciente?» Me arrepentí inmediatamente de haber hecho esta pregunta. Ya conocía la respuesta antes de que negara con la cabeza.

Una vez más la realidad de mi situación me golpeó como un tren. Iba a morir. Si iba a morir, bien podría disfrutar sintiéndome bien mientras pudiera. Toser sangre era una fuente constante de alarma, pero por lo demás realmente no me sentía enferma. Cansada, pero no enferma. Sabía que eran los bárbaros tratamientos que se avecinaban los que me destrozan y me harían sentir terrible, no el tumor en sí.

Continué con el interrogatorio, poniendo mi cara de «soy valiente y puedo con esto», intentando no tartamudear de miedo ni parecer sacudida por esta revelación.

«Andrew y yo nos acabamos de casar. ¿Estaría bien que retrasara la operación unas semanas mientras pasamos la luna de miel?»

«Estoy seguro de que sería una buena idea. Adelante y la programaré para finales de septiembre.»

Vaya. Cinco semanas. Una eternidad, especialmente cuando solo tenía una supervivencia media de doce semanas. O no me daba muchas esperanzas y por tanto quería concederme unas últimas vacaciones, o quizás genuinamente sentía que podía permitirme algo de tiempo para relajarme. Decidí, probablemente de forma incorrecta, que era lo segundo. Mi cerebro se negó a aceptar que pensara que mis posibilidades eran cero. Era demasiado deprimente. En cualquier caso, sentí que era importante prepararme para el asalto de la cirugía. Cinco semanas serían tiempo bien aprovechado. Definitivamente no tenía ninguna prisa.

Cuando salí del hospital, ya había decidido que el enfoque conservador no era para mí. No me había dado un sí o un no claro sobre la aspirina y, como todos los médicos reacios al riesgo, había optado por el lado cauteloso, pero que le den. Tenía cáncer en estadio IV «terminal». Mi teoría en desarrollo era que cualquier cosa que pudiera debilitar el tumor tenía que ser algo bueno.

Atacar desde todos los ángulos. Ese era mi mantra. Era una guerra. ¡Sin duda iba a tomar aspirina! A los médicos les resultaba fácil recomendar quimioterapia a dosis altas. ¿Por qué les era tan difícil recomendar la humilde aspirina si mi estómago estaba bien? ¿Estaba simplemente aceptando ciegamente lo que suponía era mi destino predeterminado, que cualquier intervención, por pequeña que fuera, era en última instancia una pérdida de tiempo? ¿Quizás le preocupaba la mano pesada del Consejo General Médico sobre él por la falta de un ensayo clínico aleatorizado? El estándar de oro que garantiza que ningún médico se salga de la línea. ¡Dios no quiera que los médicos intenten algo innovador como una dosis baja de aspirina para ayudar a un paciente moribundo!

Era cierto que nos acabábamos de casar. Cuatro días después de descubrir el tumor en mi pulmón, me había dado cuenta de que no tenía sentido esperar a que me creciera el pelo para celebrar la boda. No tenía ni idea de cómo podría responder a la quimio, si es que decidía someterse a ella. Además, si era brutalmente honesta conmigo misma, no sabía cuánto tiempo me quedaba en el planeta. Tenía que ser realista además de positiva. A pesar de todos mis esfuerzos, podría no estar en seis meses. Mi sensación era que bien podríamos seguir adelante y atar ese viejo nudo.

Habiendo confirmado que Andrew todavía quería casarse conmigo a pesar de este nuevo diagnóstico, seguí con: «¿Qué tal este sábado?» Quería estar casada, pero no quería la distracción de planearlo. Mis sueños de una boda de cuento de hadas ya estaban rotos y de alguna manera necesitaba quitármelo de encima. Tenía una tarea mayor por delante que exigía toda mi atención.

Me alegré de escuchar a Andrew responder: «¡Genial! ¡Hagámoslo!» Así que me tomé la iniciativa de organizarlo en el último momento, habiendo terminado de cancelar los arreglos en Guernsey. Creo que Andrew se sintió muy aliviado, para ser honesta. Odia las grandes fiestas (a mí me encantan) y no le entusiasmaba la idea de un evento enorme dominado por mi enorme familia. Un asunto rápido en el registro civil era mucho más de su estilo, aunque no del mío.

«Lo reservo entonces», dije, contenta de tener algo positivo que hacer en medio de tantas noticias deprimentes.

Llamé al registro civil de Chelsea, pero como era un lugar muy popular, y estábamos en agosto, estaba completamente ocupado. El registro civil de Fulham también estaba lleno ese fin de semana. Pero después de colgar el teléfono, corrí hasta allí en persona y tuve una pequeña charla con el registrador cara a cara. Después de jugar descaradamente la «carta de enferma terminal», me coló entre otras dos novias que no pudieron haberse puesto muy contentas con la cadena de montaje de bodas en que se encontraron ese día.

Las únicas dos tareas de Andrew en todo el evento eran (1) aparecer y (2) traer un anillo. La segunda mitad de esta extensa lista se las arregló para olvidarla por completo.

«Tienes el anillo, ¿verdad?», le pregunté por la mañana, asumiendo inocentemente que había ido de compras como habíamos hablado el día anterior mientras me hacían la broncoscopia. La expresión de su cara era parecida a la de alguien que se da cuenta de que una tarántula le sube por la pierna y que si se mueve en la dirección equivocada podría morir.

«Ehhh... ah... oh.»

Sin decir una palabra más, se dio media vuelta y salió disparado por la puerta. Me dijo después que asustó de muerte a la limpiadora de la joyería (que aún no había abierto) golpeando la puerta con tanta fuerza mientras ella pasaba la aspiradora que pensó que era un intento de robo. Afortunadamente tenía mi anillo de compromiso para la talla, así que, rápido como un rayo, el joyero lo solucionó.

Andrew volvió con cara de pocos amigos, pero yo no estaba enfadada. ¡Nos reímos! Comprensiblemente estaba algo distraído por los recientes acontecimientos.

Nuestra boda fue preciosa. Brilló el sol, bebimos champán en el jardín y nos acompañaron 23 familiares y amigos cercanos, algunos de los cuales habían volado desde Guernsey. Tomamos cócteles fuera en nuestro jardín, llegó una caja de champán rosado cortesía de mi fabulosa tía Jane en Guernsey, luego todos caminamos por el parque hasta el registro civil. Después de la ceremonia, fuimos a almorzar a un restaurante francés en Pimlico. Hubo lágrimas de alegría, problemas olvidados, más bebida (al menos por todos excepto yo) y mucho jolgorio.

Esta foto fue tomada ese día en 1999. Tengo el tumor pulmonar pero realmente no creo que tenga aspecto de enferma. Desde luego no me sentía así. Compré el vestido apresuradamente el jueves por la tarde (mi vestido de novia de verdad solo estaba a medias confeccionado) y las flores se eligieron la noche anterior. Es increíble lo que se puede organizar en un par de días. Todo esto menos de una semana después de mi diagnóstico de cáncer terminal.

¿Parezco débil y derrotada? No. En esa foto hay una Jane fuerte y decidida. (Y un marido nuevo especialmente fuerte).

La velada terminó finalmente en una fabulosa suite art déco en Claridge's, más grande que la mayoría de los pisos de Londres. Había sido una sorpresa completa, organizada por nuestros adorables amigos; nosotros pensábamos que íbamos a volver a casa. Me sentí feliz y bendecida de tener tanto apoyo y amor. Lo que siguió fue una fiesta de aúpa. Tuvimos que ir empujando a la gente hacia la puerta a las 2 de la mañana.

Me desperté a la mañana siguiente convertida en mujer casada. Se sentía bien.

Pero con la boda superada, tocaba volver al serio negocio de la investigación. Como pronto comprende cualquier paciente de cáncer en esta situación, es una curva exponencial de descubrimiento. Estaba convencida de que las claves para la supervivencia estaban ahí fuera si solo podía encontrarlas. No podía creer que después de todos estos años de avances médicos y científicos no hubiera fármacos o tratamientos que pudieran destruir mi cáncer.

Era 1999. Llevamos personas a la Luna, aterrizamos sondas en Marte, conectamos el mundo a través de Internet, construimos la Estación Espacial Internacional, y teníamos el espectro de los alimentos modificados genéticamente. ¿Cómo y por qué no teníamos una cura para el cáncer?

Capítulo Seis:

Sin dejar piedra sin mover

«¡Dios mío!», exclamó Andrew horrorizado al recoger un recibo de la tienda de productos naturales. Lo había dejado descuidadamente —imprudentemente— en la encimera de la cocina. «Ya sabía que serías una esposa cara», añadió con una sonrisa.

«Lo sé. Lo siento», dije avergonzada mientras revisaba la factura.

«Bueno, siempre que los necesites todos de verdad y no estés creando simplemente costosos viajes al baño», dijo, viéndome tragar expertamente cinco suplementos a la vez.

Tenía razón, por supuesto. ¿Cómo podía estar segura de que harían algo? ¿Eran en su mayor parte relleno? ¿Tenían la cantidad correcta de ingrediente activo? ¿Cuánto plomo, cadmio, arsénico y otras porquerías contenían? ¿Estaba tirando mi dinero por el desagüe? Era tan difícil saberlo. Compraba marcas de calidad que sentía que podíamos permitirnos y cruzaba los dedos. Aunque solo absorbiera un poco, podría ser suficiente para devolver mi cuerpo a la salud y marcar la diferencia entre la muerte y la supervivencia.

Cada vez que leía sobre algún suplemento nuevo y emocionante para atacar el cáncer, lo añadía a mi cóctel, otra incorporación a mi Gráfico del Pequeño Problema. Lo que no había logrado aprender en ese momento era que había una distinción clara entre los suplementos que previenen el cáncer y los que lo tratan. Hay un punto de inflexión en el desarrollo del cáncer en el que algunos antioxidantes útiles para la prevención (bajas dosis orales de vitamina C, E y N-Acetilcisteína, también llamada NAC, un precursor del glutatión, un antioxidante maestro) cambian de bando y apoyan al enemigo, ayudando a promover y alimentar su resistencia a la apoptosis (la muerte), haciéndolo efectivamente inmortal. Esto lo aprendería más tarde. En esos primeros días, simplemente tomaba todo.

Durante los meses siguientes, entre las visitas al hospital, mi cabeza estaba metida en todos los libros de referencia que podía encontrar, descubriendo, aprendiendo, intentando descifrar la realidad de la ficción. Los rumores y las anécdotas no eran suficientes para convencerme de intentar algo. Volvía locos a mi oncóloga y a los médicos integradores con preguntas, casi hasta el punto de la combustión mental. Escudriñé interminables artículos científicos. Tenía que haber evidencia científica real y contundente. Aunque a menudo no había «ciencia» real detrás de las historias, las anécdotas de supervivencia contra todo pronóstico también eran terapia. Compré tantas como pude, buscando cualquier tipo de patrón recurrente que las vinculara. Estaba desesperada por encontrar pistas de que era siquiera posible.

Cada desaparición inusual de la enfermedad era descrita como una «remisión espontánea» por los médicos, un término despectivo cuando te dabas cuenta del esfuerzo hercúleo que implicaba lograrlo. Cada una parecía estar relacionada con un cambio radical en

la dieta. Eliminar el azúcar era un tema recurrente. Si bien estas dietas funcionaban para algunos pacientes de cáncer, pocas de las dietas anticancerígenas que investigué parecían ir lo suficientemente lejos para reducir la glucosa. El término dieta cetogénica, una dieta de bajo índice glucémico más extrema, ni siquiera se había acuñado en aquellos días. Bizarramente, algunas dietas todavía incluían miel y pizza, pan y otros alimentos feculentos, alimentos que yo clasificaría como de alto índice glucémico, que liberaban mucha glucosa. Como resultado, aún elevaban los niveles de insulina. Seguramente serían desastrosas para los pacientes de cáncer.

Esta era la dieta propugnada por la profesora Jane Plant en su exitoso libro Tu vida en sus manos. Su enfoque había sido en reducir el IGF-1 reduciendo el consumo de carne y lácteos. La dieta de la profesora Plant sugería cambiar del azúcar a la miel, lo que me parecía ilógico. ¿Cómo iba eso a privar al cáncer de glucosa? El azúcar es azúcar en todas sus formas, incluida la miel.

Mi Gráfico del Pequeño Problema hasta ese momento solo tenía los tratamientos de los que había oído hablar mientras investigaba para mi madre. Era 1999 y la información todavía era difícil de conseguir. Ahora Facebook está plagado de «curas» y médicos alternativos dispuestos a compartir la última tendencia. De hecho, se ha vuelto demasiado confuso para seguirles el rastro.

En aquel entonces, con algo de investigación en Internet encontré la dieta Gerson, la macrobiótica, las enzimas proteolíticas, las almendras amargas y la vitamina C intravenosa. No había sido suficientemente radical con mi dieta, pero tampoco estaba convencida de que Gerson adoptara el enfoque de bajo azúcar lo suficientemente lejos. Para empezar, las patatas estaban permitidas; ¡definitivamente estaban en mi lista de prohibidos! No solo podrían elevar los niveles de insulina y glucosa, sino que eran de la familia de las solanáceas y podían causar reacciones intestinales. Aunque las patatas son alimentos alcalinos y neutralizan los alimentos ácidos, también pueden causar inflamación, algo que sabía que era un factor importante en mi cáncer. Hoy en día se pueden comprar kits para hacerse pruebas de reacciones inflamatorias a los alimentos con solo unas pocas gotas de sangre. Curiosamente, el enfoque Gerson parecía funcionar mejor para los pacientes con melanoma. ¿Qué tenía de diferente este cáncer? ¿Era metabólicamente diferente a otros cánceres, menos impulsado por la glucosa? (Resulta que está más impulsado por la grasa y la glutamina, por lo que las dietas cetogénicas son un desastre para los pacientes con melanoma).

Los libros sobre dieta contra el cáncer en 1999 se centraban principalmente en la macrobiótica o en Gerson. Pensé que ambas tenían sus méritos y sus inconvenientes, pero el enfoque de bajo índice glucémico de la macrobiótica con su énfasis en carbohidratos complejos integrales de alto contenido en fibra me parecía más lógico. El elemento de las algas marinas, por asqueroso que sonara, probablemente era útil; me había preguntado si podría tener un hipotiroidismo y quería aumentar mis niveles de yodo de forma natural. Se decía que las algas hacían exactamente eso.

Instintivamente sentí que mi enfoque debería estar en hambrear al cáncer, pero había muy poca información sobre mantener la glucosa en sangre baja. No podía encontrar ninguna información específica sobre esto para el cáncer.

Un amigo diabético había hablado conmigo sobre las dietas de bajo índice glucémico cuando le traté con fisioterapia. Le había salvado de una gran cirugía de espalda. En ese momento estaba investigando para mi madre y como agradecimiento me dio un libro de un francés llamado Michel Montignac. Michel Montignac fue el primero en promover activamente una dieta de bajo índice glucémico al público. Se llamaba Cómo adelgazar comiendo. ¡Quizás mi amigo solo me estaba diciendo que estaba gorda!

Su método dietético se hizo muy popular en Europa en los años 90. Estaba diseñado para perder peso, para evitar enfermedades cardiovasculares y la diabetes, pero no para el cáncer. Montignac había sido un joven bastante gordito y había acabado trabajando para la industria farmacéutica. Se dio cuenta de que eran los alimentos de alto índice glucémico los que causaban el aumento de peso y los problemas de salud. Fue el primero en exponer el engaño del conteo de calorías. La calidad y elección de lo que comías era mucho más importante que contar el aporte de energía frente a la producción de energía. Je mange donc je maigris (Como, por tanto adelgazo) fue un libro muy popular. Ciertamente parecía una buena idea adoptar los principios de bajo índice glucémico.

Descubrí que comer grasa sola aparentemente no era un problema para los niveles de insulina y glucosa. No era el demonio que se decía que era para la salud cardiovascular. Memoricé el valor glucémico de diferentes alimentos, la cantidad de insulina liberada por el páncreas para hacer frente al repentino pico de glucosa liberado después de una comida. Y cómo la preparación de los alimentos y el método de cocción podían hacer grandes diferencias en el índice glucémico.

Reducir el azúcar en sangre era mi enfoque primario, pero me preocupaba el tipo de grasa que comía. Las dietas ricas en grasas también se habían relacionado con el cáncer. Como para demostrar el punto, descubrí que Michel Montignac había muerto a la joven edad de 63 años de cáncer de próstata. Su corazón y sus niveles de insulina perfectos. El cáncer de próstata, aprendería, estaba impulsado por la grasa y las proteínas.

Las dietas de bajo índice glucémico tenían todo el sentido para reducir la glucosa en sangre. Todavía me faltaba más información específica sobre cómo privar exactamente a mi cáncer de los nutrientes que anhelaba. Pero reducir la glucosa y la grasa saturada parecía ser fundamental. Me preocupaba que las dietas ricas en grasas pudieran ser demasiado exigentes para mi hígado y vesícula biliar.

Je mange donc je maigris fue un precursor de la más famosa dieta Atkins y del reciente Come grasa y adelgaza del Dr. Mark Hyman, quien ha ido más lejos con las grasas más saludables provenientes de huevos, frutos secos, aguacates, aceite de oliva y aceite de coco. Ambos libros están centrados en perder peso; no fueron escritos para el cáncer. Los principios de la dieta, sin embargo, eran el mensaje real. En particular me enseñaron qué alimentos elevaban la glucosa y la insulina (alimentos de alto índice glucémico); cómo combinar mejor

los alimentos; cómo prepararlos mejor; y que cocinar lentamente era preferible tanto a cocinar rápidamente como a cocinar en exceso.

Los carbohidratos simples —cereales refinados, azúcares, algunas frutas— desencadenaban picos en los niveles de glucosa e insulina. El hígado luego convertía el exceso de carbohidratos y grasa en más grasa. Este era el problema. Los carbohidratos de liberación más lenta, en contraste, no producían un pico de insulina o glucosa. La grasa sin azúcar simplemente era eliminada del cuerpo (a través del sistema de transporte inverso de colesterol, aprendería más tarde).

Pero todavía no estaba segura de qué hacer con la grasa. Demasiados aceites omega-6 (girasol, canola) utilizados habitualmente para cocinar fomentan la angiogénesis: el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos alrededor de un tumor para proporcionarle nutrientes. Estos definitivamente estaban en la lista de prohibidos.

¿Quizás era una falta de grasas omega-3 en nuestras dietas? Que se encuentran en el pescado, amortiguan la inflamación y ayudan a frenar el cáncer. ¿Algunas grasas saturadas ayudaban entonces a impulsar el cáncer? El aceite de coco era saturado. ¿Se podía confiar en él? Se ha convertido en el «aceite de moda» en la actualidad y parte integral de una dieta cetogénica. El aceite de coco puede ser en parte bueno gracias a la parte de triglicéridos de cadena media (TCM), que supone entre el 13 y el 15% del aceite de coco, pero el resto podría ser menos beneficioso. Decidí usar aceite de oliva y pequeñas cantidades de mantequilla para cocinar. La mantequilla de vacas alimentadas con hierba contiene un ingrediente importante llamado CLA (ácido linoleico conjugado) que se ha relacionado con tasas más bajas de cáncer. También tomé CLA como suplemento (el aceite de espino amarillo puede ser una mejor opción).

Investigar los tratamientos contra el cáncer era tan claro como el barro. Especialmente si no se habían realizado ensayos adecuados o los datos habían sido manipulados. Estaba aprendiendo que la salud intestinal era crucialmente importante para el sistema inmunológico, pero dudaba más que mucho de esos enemas de café que fomentaba el Protocolo Gerson. Me preocupaba que, aunque supuestamente «limpiaban» el colon (probablemente algo bueno), si los enemas se hacían en exceso (¡y la dieta Gerson parecía sugerir tres veces al día!) podrías perder nutrientes valiosos o electrolitos, como el magnesio.

Según la dieta Gerson, los enemas podían estimular la liberación de más glutatión por el hígado, que pronto aprendí que en realidad podría ayudar al cáncer a progresar. ¿Podría esto ser un potencial desastre? Como la mayoría de los pacientes que he conocido, cometí el error común de pensar que el glutatión sería beneficioso para el cáncer. Si fuera a probar los enemas, serían colonics simples después de mi quimioterapia y usando solo agua.

Las enzimas proteolíticas son una gran parte de la terapia Gerson y no me harían ningún daño, hasta donde podía decir. Al menos me ayudarían a absorber mejor los alimentos. Pero la sugerencia era tomarlas entre comidas, supuestamente para disolver la protección exterior de fibrina del cáncer. No estaba segura de que esa fuera la razón por la que funcionaban. El cáncer se había relacionado a menudo con los parásitos. Quizás ayudaban a deshacerse de

los parásitos en el intestino disolviendo sus membranas de proteínas. No que supiera que tuviera ninguno en ese momento. Las almendras amargas o el laetril parecían interesantes. ¿Podían ayudar a matar selectivamente mi cáncer? Cada vez que encontraba algo que parecía útil había algo contradictorio en otro libro o sitio web.

Compré muchos libros, me suscribí a revistas de cáncer integrador y de salud, y pasé semanas en la biblioteca, bebiendo té verde, tomando mis cantidades siempre crecientes de suplementos y apurando (lo más rápido posible) mi repugnante «sopa primordial». Escudriñé revistas médicas, PubMed y Medline. Leí muchos libros de autoayuda y enormes tomos sobre terapias alternativas contra el cáncer, buscando desesperadamente pistas. El Dr. Ralph Moss y Burton Goldberg eran fascinantes e informativos sobre los tratamientos complementarios. ¿Cuántos de estos podrían ayudarme? El Iscador, un tratamiento de muérdago, parecía interesante. ¿Las toxinas de Coley? ¿El té Essiac? Sin dejar piedra sin mover. ¿Pero cuál tenía la mejor evidencia?

La vitamina C intravenosa a altas dosis parecía tener buena evidencia para aumentar el oxígeno alrededor de un tumor. Eso ayudaría a matarlo.

Me pregunté qué pasaría si combinaba la quimioterapia y la vitamina C intravenosa. ¿Potenciaría sus efectos y ayudaría a mantener mi sistema inmunológico? Estaba tentada de intentar alternar ambas, pero al final el miedo a lo desconocido pudo conmigo. La tendría tan pronto como terminara la quimio y quizás los suplementos serían suficientes para mantener mi sistema inmunológico.

Después de visitar al Dr. Etienne Callebout, un médico integrador muy conocedor, mi Gráfico del Pequeño Problema se estaba llenando muy bien. Cotejé toda la información y seguí tanto mi intuición como mi investigación sobre lo que sentía que funcionaría mejor para mí.

El Dr. Callebout quería hacerme un examen completo, enviar una muestra de heces para un análisis exhaustivo de mis bacterias intestinales y tomar una muestra de sangre para evaluar mi estado de vitaminas, aminoácidos y ácidos grasos. Pero en cuanto supo que iba a recibir quimioterapia, decidió que tenía poco sentido hasta que terminara. Estas pruebas de sangre y heces fueron a mi lista de «pendientes». Esperaría un mes post-quimio para que mi pobre cuerpo se estabilizara.

El Dr. Callebout también adivinó que tenía poca folato, ya que me habían dado quimioterapia con metotrexato cuando me diagnosticaron por primera vez. El folato es necesario para la formación de novo («de nuevo») de un nucleósido, un bloque de construcción del ADN, específicamente la timina. El metotrexato en efecto «privó» al cáncer de esta vital vitamina B necesaria para crear una nueva célula hija de ADN.

Interesante. ¿Era seguro volver a añadir folato a mi régimen? El Dr. Callebout dijo que si no estaba tomando metotrexato o 5FU debería suplementar con vitaminas B, estas eran esenciales para desintoxicar mi cuerpo del exceso de «mal» estrógeno (estradiol), que sabía que estimulaba el crecimiento del cáncer. También recomendó que tomara la vitamina B

niacina, aunque me produjera un extraño enrojecimiento durante unos minutos. Esto le ocurre a la mayoría de las personas que la toman. Es completamente normal y no sugiere toxicidad. Ahora creo que la niacina debería ser parte de la mayoría de los protocolos contra el cáncer: ayuda a hambrear al cáncer reduciendo la grasa.

Ahora tomaba suplementos que esperaba que bloquearan y atacaran diferentes vías de crecimiento del cáncer y factores de crecimiento, ángulos ignorados por la medicina convencional. Pronto era una conocida de los propietarios de mi tienda local de productos naturales; estoy bastante segura de que yo sola los mantuve en el negocio. Todos los recibes adicionales iban directamente a la papelera, fuera de la vista de Andrew.

Al principio, me costaba creer que tratamientos potencialmente útiles fueran relegados al olvido. Sin embargo, cuanto más investigaba, más claro me quedaba que muchos estudios eran sesgados, que los datos a menudo estaban ocultos y que la metodología frecuentemente se retorcía para confundir los resultados. A medida que crecía mi conocimiento, también lo hacía mi constatación de que el cáncer era ante todo un negocio. Cualquier cosa que no tuviera una patente era menospreciada por la industria, en particular por algunas de las grandes organizaciones benéficas contra el cáncer.

La supervivencia con enfoques alternativos parecía estar plagada de fracasos, pero también lo estaban los convencionales. Suponía que esto podría deberse en parte a que los pacientes a menudo empezaban a buscar terapias complementarias demasiado tarde. Generalmente, cuanto más tiempo lleva presente el cáncer, más difícil se vuelve tratarlo. Así que mantuve la mente abierta.

Noté que la gente tendía a poner toda su fe en una sola modalidad. Hoy en día, las personas no solo están aterrorizadas por la quimioterapia, con más pacientes rechazándola que nunca, sino que parece haber una obsesión con el aceite de cannabis, independientemente de la concentración del contenido de THC o CBD. Veo a muchos pacientes usando cannabis, DCA o la dieta cetogénica excluyendo cualquier otra cosa. Me parecía obvio que combinar enfoques era mucho más efectivo.

Pero combinar tratamientos requiere una gran dosis de valentía. ¿Cuál será la interacción? ¿Es seguro? Atacar diferentes vías del cáncer al mismo tiempo era sin duda el camino a seguir, pero un paciente necesita la orientación de un médico cualificado con experiencia en intervenciones nutricionales y médicas. El creciente número de Médicos de Medicina Funcional es un alivio para todos los pacientes de cáncer. Sin embargo, la mayoría de las personas no pueden permitirse este tipo de ayuda y, con la escasez de oncólogos integradores, muchos lo hacen solos a base de voluntad y oraciones.

La primera regla en la guerra es Conoce a tu Enemigo. Esta regla sustentaba todo lo que hacía. Tenía que dejar de lado el miedo a lo desconocido. No era «momento para el temor y la debilidad» como solía decir mi hermana cuando me sentía agotada. Tenía razón. Mucho de ello estaba en mi cabeza. Mantenerse fuerte, mantenerse positiva y nunca dejar de buscar respuestas. Estaba convencida de que estaban ahí fuera, aunque ni el lado convencional ni el complementario tuvieran la respuesta completa. ¿Qué más me había perdido, que ninguno de

los dos lados estaba usando?

Una característica del cáncer es que los glóbulos blancos del paciente no reconocen su propio cáncer como el enemigo. El cáncer parece apagarlos. Necesitaban ser despertados de nuevo. ¿Sería posible reactivar el sistema inmunológico de alguna manera? Si cada tratamiento que descubría debilitaba y «apagaba» una parte diferente de la armadura del cáncer, añadiéndolos todos juntos podría eventualmente permitirle a mi sistema inmunológico tener la oportunidad de llevar la delantera. ¿Podría entonces dar el golpe final?

Todavía insegura sobre la quimioterapia, me encontré con una nueva opción llamada quimioterapia potenciada con insulina. La insulina hacía que las células cancerosas fueran más permeables a la quimio, por lo que no se necesitaba tanta. Supuestamente estaba obteniendo mucho éxito. Aun así, no me gustaba la idea de toda esa insulina extra. Podría hacer que la célula fuera también más permeable a la glucosa. Decidí dejarlo en el cajón de reserva en caso de que todo lo demás fallara.

Andrew y yo nos sentamos y tuvimos una conversación sobre cómo debíamos manejar el problema de tener tantas opciones y ninguna hoja de ruta clara.

«La única manera es abordarlo científicamente», dije. «Necesitamos saber cómo afectan realmente a mi cáncer todas estas opciones diferentes. Ahora me están haciendo análisis de marcadores sanguíneos. Quizás muestren qué está funcionando y qué no.»

Andrew configuró una hoja de cálculo de Excel y empezamos a trazar los niveles de mi marcador antigénico sanguíneo en un gráfico. Aunque probablemente habría cierta variación, podría detectar una tendencia cuando comenzara una nueva línea de tratamiento. Quería abordar el asunto con mis decisiones basadas en evidencia, no en conjeturas, aunque sabía que podía estar cometiendo errores. Era consciente de que todo podría salir rematadamente mal y el tiempo podría agotarse antes de que hubiera descubierto nada.

Buscar asesoramiento fiable en Internet es tan confuso como intentar navegar en la niebla densa. Y potencialmente igual de peligroso. Me encontré con consejos contradictorios y alarmantes, especialmente sobre el uso de suplementos, vitaminas y zumos. Intentar extraer y diseccionar la verdad puede ser difícil.

Por esa razón, el Dr. Google puede ser tu enemigo. Pasar media hora en Cancer Research UK (cuyo objetivo es reducir el número de muertes por cáncer) tiene una estrategia para incluir a más pacientes en ensayos, es «Big Pharma» camuflada, o en Wikipedia (cuyo fundador Jimmy Wales ha sido durante mucho tiempo un firme crítico de las terapias alternativas y complementarias) te hará huir a toda velocidad de cualquier cosa no convencional. Las compañías farmacéuticas no quieren que pruebes nada que no sea su triunvirato maldito de quimioterapia, radioterapia y cirugía o los últimos fármacos dirigidos e inmunoterapias. Tenía que profundizar más. Mucho, mucho más.

La Gran Farma preferiría que no supieras de una sustancia natural hasta que hayan encontrado la manera de copiar los efectos beneficiosos con un lucrativo fármaco patentado. En el momento de escribir esto, si buscas «tratamientos contra el cáncer desacreditados» en

Wikipedia puedes ver en acción a dos importantes organizaciones benéficas contra el cáncer. ¡Rápido, antes de que lo cambien! Una de estas organizaciones ha intentado durante años patentar una formulación sintética del resveratrol mientras negaba que este suplemento sea de alguna ayuda, a pesar de la investigación fácilmente accesible que demuestra lo útil que es.

Lo mismo con el hidroxicitrato, un suplemento que imita el ayuno y mejora la eficacia de la quimioterapia. La misma organización benéfica está feliz de decirte que una dieta o el ayuno a corto plazo son peligrosos, a pesar de la creciente evidencia de lo contrario. ¿Qué pasa con el cáncer terminal en estadio IV? ¿No es eso más peligroso? El consejo es no intentar ninguna dieta o suplemento hasta que haya un buen fármaco patentado disponible.

El debate y la controversia eran tan evidentes en 1999 como lo son hoy. En aquel entonces, la investigación no caía en mi regazo con solo pulsar un botón. Sin Facebook, sin grupos de apoyo, sin salas de chat en Internet, sin lista de recursos de organizaciones benéficas útiles como Yestolife.org.uk. Todo lo que tenía eran revistas, libros y sitios médicos como PubMed y Medline.

Solo unas pocas semanas después de mi diagnóstico y de la intensa investigación, estaba rebosante de nuevo conocimiento y lista para tomarme el tan necesario descanso. Volamos a Mallorca unos días como aplazada luna de miel, absorbiendo la esencial vitamina D, llevando el resto de mis suplementos en sus bolsitas con cierre hermético. Estaba bastante segura de que me pararían en el control de seguridad y me obligarían a explicar por qué llevaba este sospechoso alijo.

Andrew nos había reservado en la suite nupcial de un hotel de cuatro estrellas. Nuestra habitación daba a una piscina privada. Nos recibieron pétalos de rosa esparcidos en la cama en forma de corazón. Era un ambiente relajado y sereno. ¡El marido lo había hecho bien!

Era justo lo que necesitaba. Durante cinco días medité y nadé todos los días, salí a dar largas caminatas escénicas y comí una sana dieta mediterránea baja en carbohidratos bañada en abundante aceite de oliva virgen extra. Era un paraíso.

Esta fue una estrategia preoperatoria que puedo recomendar con entusiasmo a cualquiera que pueda permitírsela. Habiendo deducido que no estaba a punto de caer muerta a causa del tumor, que no estaba comprimiendo arterias vitales ni ninguna otra estructura que pusiera en peligro mi vida, me tomé mi tiempo para asegurarme de estar en buenas condiciones para la operación, mental y físicamente. Sabía los traumas de tratamiento que me esperaban.

Retrasar mi cirugía fue una decisión de la que nunca me arrepentiré. La reacción casi instintiva de la mayoría de los pacientes de cáncer es querer extirpar el tumor lo antes humanamente posible. La idea de albergar una criatura alienígena parásita en sus cuerpos significa que no pueden reservarse en cirugía con la suficiente rapidez. El pánico influye en demasiadas decisiones tempranas y los pacientes a menudo se sienten acosados para someterse a operaciones tempranas. Habiendo evaluado los peligros de mi situación, decidí que necesitaba tiempo para dejar que la aspirina, mi dieta radical y los suplementos se pusieran a trabajar. No me iban a meter prisa.

La cirugía replica el proceso inflamatorio de la apoptosis masiva y la posterior producción de fibrinógeno (tejido cicatricial) y esto suprime importantes células T y células asesinas naturales, exactamente las que tu cuerpo necesita para eliminar el cáncer. Desencadena una reacción inflamatoria en el cuerpo, una razón por la que sentía que los antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina eran tan importantes. Abordar el problema de la diseminación metastásica post-quirúrgica es un área que sigue siendo ignorada por los médicos convencionales a pesar de su enorme potencial para mejorar masivamente los resultados de supervivencia a poco coste o toxicidad.

La ciencia ha revelado que mi decisión de tomar aspirina perioperatoriamente era correcta. Los fármacos antiinflamatorios utilizados durante dos o tres semanas antes de la cirugía y luego hasta un año después han demostrado mejorar masivamente las estadísticas de supervivencia. Alrededor del 90% de los cánceres no son inmediatamente mortales, sino que causan la muerte al metastatizar. Los pacientes de cáncer conviven regularmente con grandes tumores, por lo que era detener las metástasis posteriores lo que era importante. La aspirina a dosis baja (75 mg) previene las metástasis en aproximadamente un 20%, y se pueden obtener mayores beneficios en algunos cánceres inflamatorios con AINE más fuertes a corto plazo de hasta un 70%. Las mejoras instantáneas en la supervivencia mediante estas sencillas intervenciones siguen siendo ignoradas por los cirujanos que se enorgullecen de que una buena cirugía es la razón principal por la que los pacientes de cáncer sobreviven. Podrían mejorar enormemente las estadísticas si tan solo añadieran un antiinflamatorio antes y después de sus excelentes habilidades quirúrgicas.

Sabía que mis defensas naturales necesitaban estar en su punto más alto durante la cirugía. ¿Por qué darle a mi ya estresado cuerpo todo ese trabajo extra?

Después de la negatividad de mi cirujano, todavía tenía mis preocupaciones sobre el sangrado gástrico, así que le pregunté a mi médico de cabecera su opinión. Fue algo más alentador. «Mucha gente toma aspirina a dosis baja para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, así que debería estar bien», dijo después de pensar un poco.

«¿Tomaría un antiácido ayudar a proteger mi estómago?», pregunté.

«No estoy seguro de eso. No nos gusta sugerir tomar más de un medicamento a la vez y no sé qué efecto tendría en tu cáncer, así que mejor que no», añadió.

Si tan solo hubiera descubierto la cimetidina (o Tagamet) en aquel momento. Estaba en uso clínico generalizado para las úlceras gástricas, y fue el primer antiácido en el mercado. Solía estar disponible sin receta en el Reino Unido y desde entonces se ha demostrado que tiene un enorme potencial, atacando el cáncer a través de múltiples vías. Sin embargo, el uso a largo plazo de antiácidos se ha relacionado con el cáncer gástrico, aunque un tratamiento a corto plazo podría haber sido de gran ayuda.

Cuando descubrí la cimetidina en 2007, muchos años después, la tomé durante tres meses por sus efectos potenciadores del sistema inmunológico y todavía la tomo ocasionalmente. La cimetidina, me doy cuenta ahora, también habría ayudado a proteger mi

estómago de la aspirina y podría haber proporcionado un mayor efecto anticancerígeno si las hubiera tomado juntas. El inconveniente es que este antihistamínico inhibe una enzima hepática desintoxicante (citocromo P450), lo que significa que aumenta la dosificación de cualquier otro fármaco que puedas estar tomando. Pero esto también podría usarse de manera beneficiosa, aumentando el nivel plasmático de un fármaco o retrasando su eliminación para mantener los efectos anticancerígenos en el cuerpo.

Uno de sus posibles usos podría ser postoperatoriamente. Si eres un paciente en recuperación de una cirugía, hay un período crítico de siete días en el que experimentas un aumento de células T supresoras. Estas reducen los niveles de glóbulos blancos llamados linfocitos infiltrantes del tumor (TILs), que son los aliados que combaten tus células tumorales. La supresión de estos aliados es una razón por la que el cáncer puede florecer después de la cirugía en el entorno inflamado, con efectos que se hacen visibles unos 10 meses después de la cirugía.

La cimetidina ayuda a revertir la supresión de las células T supresoras, lo que a su vez ayuda a mantener los niveles de linfocitos infiltrantes del tumor. Si hubiera descubierto esta vital pieza de evidencia antes de mi operación de pulmón, no tengo ninguna duda de que la habría tomado después de la operación durante esos críticos siete días.

La cimetidina también es a veces efectiva contra el Virus de Epstein Barr, incluso cuando el virus es latente, y este está implicado (junto con el virus del VPH y el MMTV) en la activación de muchos cánceres de mama. Cuando la patente caducó, la cimetidina pasó de moda en el Reino Unido y, a menos que tengas amigos en Canadá, Estados Unidos o Alemania, donde todavía está disponible sin receta, puede ser difícil de conseguir.

La ranitidina (Zantac, un inhibidor H2) y la cetirizina (un inhibidor H1) son antihistamínicos fácilmente accesibles que se pueden comprar sin receta. Estos pueden ser útiles tanto por sus efectos antivirales como anticancerígenos, potenciando los linfocitos infiltrantes del tumor y ayudando a proteger el intestino de las hemorragias gástricas, posiblemente funcionando mejor juntos. (Como siempre, consulta con tu profesional de la salud).

Quizás debería haber sido más segura sobre el uso de la aspirina, que tomaba cíclicamente, unas semanas encendida y unas semanas apagada, disuadida por mi cirujano. Un estudio del Profesor Peter Elwood en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cardiff, que examinaba el riesgo general de hemorragias estomacales con aspirina, había demostrado que no había mayor riesgo de muerte por hemorragia estomacal en personas que toman aspirina regular a dosis baja (75 mg), y que las hemorragias espontáneas de los no usuarios eran mucho más peligrosas.

Elwood esperaba que su estudio hiciera que los médicos se sintieran más cómodos recetando aspirina. Otras investigaciones están de acuerdo. Las dosis bajas de aspirina, administradas junto con la quimioradioterapia, potencian los efectos de esta terapia y aumentan la supervivencia libre de progresión a cinco años (86,6% frente a 67,1%) con menor riesgo de metástasis. En general se necesita precaución al dar aspirina junto con quimioterapia, ya que podría aumentar el riesgo de hemorragia, pero hay beneficios en

añadirla a la radioterapia. Mi razonamiento era, y sigue siendo, que todos estos pequeños añadidos no eran solo acumulativos sino que actuaban en sinergia, multiplicando los efectos de los demás. Si me acercaba desde todas estas diferentes direcciones, ¿sería capaz de inclinar las probabilidades de nuevo a mi favor y trazar un rumbo hacia la salud?

El uso temprano de fármacos antiinflamatorios y bloqueadores del crecimiento, como la humilde aspirina, tenía tanto sentido para mí. ¿Por qué los oncólogos y los cirujanos que deberían conocer estos hechos seguían resistiéndose? Ante unas probabilidades de fracaso abrumadoras, ¿por qué era irrazonable intentar una combinación que pudiera producir una fórmula anticancerígena sinérgica y potente?

Si el 90% de las muertes son resultado directo de la diseminación del cáncer, detener el 20% de las metástasis mejoraría las estadísticas de supervivencia del cáncer significativamente. Y eso es solo con aspirina. Es indignante que solo en 2016 Cancer Research UK comenzara un ensayo de aspirina, el «ensayo AddAspirin», ¡pero a niveles peligrosos de 100 mg, 300 mg e incluso 600 mg! Es un ensayo doble ciego, lo que significa que ni el paciente ni el médico sabrán la dosis administrada. Si y cuando los pacientes acaban con hemorragias estomacales como resultado directo de estas dosis más altas, ¿afirmarán entonces que el riesgo es demasiado grande, alejando a los pacientes de cáncer de tomarla y manteniendo así viva a la industria farmacéutica? Todas las demás investigaciones sugieren que la media dosis de 75 mg es suficiente y la evidencia está ahí para verse. El Profesor Peter Rothwell ha realizado muchos ensayos sobre la aspirina, todos publicados en The Lancet o Lancet Oncology. Simplemente, creo que el ensayo no es necesario y es un desperdicio de dinero público. Sería más productivo que la organización benéfica presionara al NICE para cambiar sus directrices y clasificar la aspirina a dosis baja como medicamento anticancerígeno.

Si eres uno de los 11.000 participantes previstos en el ensayo AddAspirin, te insto a que revises la literatura y consultes con un médico familiarizado con los problemas gastrointestinales antes de tomar lo que podrían ser niveles potencialmente dañinos de anticoagulantes. Considera tomar una cantidad menor de aspirina, de lo contrario podrías estar exponiéndote a un riesgo innecesario de daño. Mientras tanto, los pacientes podrían morir innecesariamente sin esa pequeña dosis preventiva. Como dijo Benjamin Franklin: «Más vale prevenir que curar.» Ah, pero no hay dinero que ganar en la prevención.

Muchas sustancias naturales pueden ayudar a reducir la inflamación. Había incluido bastantes de ellas en mi régimen presupuirgico: jengibre, curcumina de la cúrcuma y por supuesto aceites de pescado omega-3, clínicamente probados para reducir la inflamación y cada vez más utilizados en lugar de fármacos para afecciones como la artritis reumatoide. Todos estos suplementos tienen bien investigados efectos anticancerígenos. ¡Incluso los oncólogos de la vieja escuela conocen la curcumina! Aunque no la sugieren.

Mientras iba descubriendo más cosas sobre el cáncer, me di cuenta de que necesitaba reducir algo llamado factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). El VEGF es un estimulador principal del crecimiento tumoral, favoreciendo el desarrollo de nuevas células

sanguíneas para alimentarse, un proceso llamado angiogénesis. La aspirina, además de reducir la inflamación, también reduce la angiogénesis.

En este punto, mi menú de suplementos era el siguiente:

• Té verde con altos niveles de la catequina ECGC

• Ácido elágico (que se encuentra en granadas, frambuesas, nueces, ¡y fuente muy difícil como suplemento en aquel entonces!)

• Resveratrol

• Silibinina (cardo mariano)

• Picnogenol

• Vitaminas B (forma metilada sublingual de B12 y folato)

• Sulfato de glucosamina

• Curcumina

• CLA

El picnogenol, al igual que la aspirina, puede aumentar el riesgo de hemorragias, por lo que debe tomarse con precaución. Es una mezcla patentada de varios extractos de corteza (la aspirina también viene de la corteza), pero también puede reducir el azúcar en sangre. Lo tomé con aspirina aunque podría estar duplicando sus riesgos, razonando que los pacientes de cáncer tienen un riesgo mucho peor de coágulos sanguíneos. Como se me indicó, interrumpí todos los anticoagulantes varios días (algunos cirujanos sugieren una semana) antes de mi operación. ¡No tenía ninguna intención de desangrarme en la mesa de operaciones!

La operación fue bien sin complicaciones. Un tercio de mi pulmón había desaparecido. En fin. Podía vivir con eso. Antes de la operación había tenido unos volúmenes pulmonares excepcionalmente buenos, por encima de la media, así que ahora estaba aproximadamente en la media. Vaya. No me gustaba ser mediocre.

Después de la cirugía, se tomaron de nuevo mis marcadores antigénicos en sangre. La diseminación metastásica post-quirúrgica es un problema común, y sabía que bloquear el VEGF con la aspirina perioperatoriamente habría ayudado. Pero esperar los resultados me hacía sentir enferma de preocupación.

Me llevó todo el día reunir el valor para llamar a averiguarlo. Por un lado, quería quedarme en la negación. Por otro, sabía que necesitaba trazar y graficar estos marcadores. Mi cabeza acabó ganando el argumento. Enterrar la cabeza en la arena no iba a ayudar.

Andrew estaba a mi lado cuando recibí las noticias. Me quedé destrozada al saber que mis marcadores habían subido a un nuevo máximo, una lectura de casi 600, desde 190, a pesar de todos mis esfuerzos. Lo normal era cualquier cosa por debajo de 150. Esto significaba que ahora tenía células tumorales deambulando por mi cuerpo en la sangre. No podía soportar

pensarlo. Estaba tan abatida. Me decía a mí misma que era de esperar, la cirugía siempre causaba esto, pero estaba increíblemente decepcionada. Sentía que ya estaba fracasando. Mi estado de ánimo positivo volvió a caer. ¿Volvería alguna vez a tener el control o el cáncer me controlaba ahora a mí? Las intervenciones médicas me habían hecho empeorar, pero esperaba que fuera solo un problema temporal. ¿Lo había llevado al punto de no tener control? ¿Era impotente para derrotarlo? ¿Cómo podía bajar ahora esos marcadores? ¿Había sido la cirugía un error?

Andrew era mucho más práctico. «Sabíamos que eso iba a pasar, me dijiste que los marcadores subirían. Intenta no preocuparte demasiado. No ayudará. Siempre dijiste que habría un derrame de células tumorales e inflamación. Sigamos el plan y mantengamos esas células tumorales circulando por el sistema. Me dijiste que era cuando se pegaban a la pared del vaso sanguíneo cuando podían metastatizar.»

Tenía razón. Había decidido que la mejor estrategia sería mantener esas molestas células circulando y no darles la oportunidad de asentarse, de pegarse a los revestimientos de los vasos sanguíneos (endotelio) y establecerse en otro lugar de mi cuerpo. Eran las metástasis, o cánceres secundarios, las que causaban la muerte. Si mantenía a los pequeños bribones en movimiento con aspirina, un anticoagulante, ¿podría mi ejército de glóbulos blancos matacáncer acabar con ellos? La aspirina también era un antiagregante plaquetario. Si se evitaba que las plaquetas formaran pequeños grumos que ocultaran las células tumorales, ¿les resultaría más fácil ganar a mis células asesinas naturales, mi ejército de glóbulos blancos?

Ahora añadí nattocinasa, un suplemento enzimático que digiere la fibrina para reducir mi tendencia a la cicatrización excesiva. Combinada con la aspirina, ayudaría a evitar que mi sangre se volviera demasiado espesa. Con retrospectiva, algunas pruebas de coagulación sanguínea (en lugar de solo el autoanálisis) habrían sido útiles. Los problemas de coagulación pueden ser un área complicada y muy personalizada que requiere asesoramiento profesional. Equivocarse en esto podría ser peligroso.

Después de la operación, la vida era un ritual diario de zumos verdes y de manzana/zanahoria/apio/remolacha, tomar pastillas, meditar y hacer ejercicio suave, como una caminata a paso ligero o un paseo en bicicleta. Luego llegó el dilema de la quimioterapia.

No estaba segura de qué hacer, pero ahora que mis marcadores de cáncer habían subido tanto, la quimio parecía la elección correcta. Ayudaría a eliminar el potencial de «micro-metástasis», cualquier pequeño grupo de células cancerosas. Sin embargo, también suprimiría mi inmunidad.

¿Y si solo tenía suficiente quimio para matar el cáncer pero no suficiente para destrozar las células inmunológicas de mis intestinos? ¿Quizás podría tener la mitad de la dosis normal durante el doble de tiempo? Podría ser menos dañino. ¿Por qué tenía que tener la «dosis máxima tolerada» de todos modos? ¿Era realmente mejor más cantidad? Parecía tan brutal. Y unidimensional. Dado que ya estaba atacando el cáncer desde tantos ángulos, ¿era posible que la quimioterapia fuera igualmente efectiva a dosis mucho más pequeñas?

¿Y había fármacos o suplementos que pudieran actuar en sinergia con la quimioterapia? Había descubierto que el té verde, el resveratrol y la curcumina la hacían más efectiva y decidí continuar con estos si las náuseas lo permitían.

Cuando había planteado el tema de tomar suplementos con la quimioterapia a mi oncóloga, su respuesta había sido inmediatamente negativa.

«Tienes que intentar que esto sea lo más efectivo posible. Los antioxidantes pueden arruinar el poder de la quimioterapia. Es mejor que los evites todos.»

Pero el té verde era un antioxidante. El resveratrol también lo era. Ambos tenían bien documentados efectos anticancerígenos en combinación con la quimio. Deduje que había antioxidantes particulares que eran sinérgicos con la quimioterapia y otros que podrían interferir. No estaba convencida de que tuviera razón. Los artículos que había leído afirmaban con bastante claridad que había beneficios.

En última instancia, decidí que la quimio era algo a lo que probablemente debía someterme, a pesar de mis enormes reservas. Estaba bajo mucha presión, no solo de la oncóloga sino también de mi familia. Sabía que si la rechazaba causaría un enorme estrés para ellos. Estarían aterrorizados de que estuviera rechazándola y «no haciendo nada», esperando pasivamente a que el cáncer volviera. Pero para mí, la quimio se sentía como una aceptación pasiva.

Como he llegado a darme cuenta, muchos pacientes mueren de cortesía con su oncólogo y por miedo a molestar a sus seres queridos. Sucede mucho más de lo que nadie imaginaría. Los familiares y amigos se involucran con sus opiniones personales sobre lo que debes hacer, presionando por tratamientos tóxicos a dosis altas porque eso es lo que recomiendan los hombres y mujeres de bata blanca. Por el contrario, algunos familiares bienintencionados disuaden a los pacientes de la quimio por completo, cuando podría ser mucho más efectiva si se usara de manera diferente. Los oncólogos dan o la dosis máxima tolerada o una dosis paliativa. Demasiado o demasiado poco. Ninguna será curativa. ¿Dónde está el término medio sensato? ¿El que no destruye el sistema inmunológico? ¿Quizás una dosis baja de quimioterapia que se use en combinación con otros tratamientos?

Estar enferma es suficiente con lo que lidiar, sin este equipaje emocional adicional. Caminando de puntillas alrededor de todos para asegurarse de que todos sus deseos y necesidades están atendidos. Mi familia estaba por supuesto animándome a sobrevivir y afortunadamente no interfirieron con mis decisiones, aunque estaba segura de que no siempre las aprobaban. Esperaban que la enfermedad volviera, esperaban ver el «accidente de coche» ocurrir en cámara lenta. Los médicos entre ellos habían sido informados de que no había cura y que la muerte era inevitable. Observaban en silencio, sin saber qué decir, preguntándose si podría estar haciéndome daño o empeorando las cosas, acelerando mi desaparición.

La quimioterapia reducía el tamaño de los tumores. De acuerdo. Era difícil argumentar en contra de eso. ¿Pero se deshacía del cáncer? Había leído que la quimioterapia administrada a pacientes en estadio IV hacía que el cáncer volviera más rápido y más agresivamente que

antes. Esto se debe a que la quimio y la radioterapia no llegan a tocar las células madre del cáncer. Mi oncóloga estuvo de acuerdo en que era una herramienta tosca y contundente y que causaba mucho daño colateral, pero tenía poco más que ofrecerme. ¿Cómo llegar a esas molestas células madre del cáncer? ¿Responderían a ser privadas de alimento? ¿Ya fuera con suplementos hambreadores del cáncer o con una dieta alterada?

Así que mi elección era o dosis alta o nada. La dosis baja ni siquiera era una opción en 1999 (y todavía no se ofrece, a pesar de la buena evidencia de que es igual de efectiva y menos dañina para el sistema inmunológico). El cáncer era un enemigo invencible que requería los tratamientos más bárbaros, ¿no? Un asalto total con enorme potencial de sufrimiento personal. ¿De qué otra manera podría vencerse? Seguramente cualquier cosa menor no sería suficiente.

Pero por mucho que me lo decía a mí misma, otra voz dentro de mí susurraba que había opciones. Quizás podría empezar con una dosis alta y reducirla gradualmente. Después de un par de meses, quizás podría persuadir a mi oncóloga de bajarla gradualmente si respondía bien. Eso parecía un buen compromiso. Quizás tendría que exagerarlo, quejarme en voz alta de los efectos secundarios para persuadirla.

Sabía que potenciar mi inmunidad sería clave para sobrevivir. El sistema inmunológico es en última instancia el controlador maestro, la pieza final del rompecabezas, y sería necesario para eliminar las células cancerosas de forma natural. En contraste, la quimio a dosis alta era un destructor del sistema inmunológico y las estadísticas mostraban claramente que fracasaba en todos los casos en mi estadio de enfermedad. ¿Quizás una carga tumoral reducida lo haría más fácil para mi cuerpo? Incluso mientras me lo decía a mí misma, no estaba convencida.

Reducir la hormona del estrés cortisol sería esencial. Los niveles elevados suprimían los linfocitos en el intestino, en un área conocida como GALT, el centro neurálgico de mis células inmunológicas. El ayuno intermitente o la reducción de la cantidad de alimentos, había leído, también ayudaba a la inmunidad. Por consejo del Dr. Callebout reduje significativamente mi ingesta de alimentos. Terminaba de comer a las 6 de la tarde (aunque él sugería las 3) y tomaba un desayuno tardío. Añadí setas medicinales, maitake-D-fracción, beta-glucanos, un extracto de salvado de arroz llamado MGN3, DHEA y melatonina por la noche. Todo ayudaría a aumentar el número de células asesinas naturales (células NK) en mi cuerpo para contrarrestar los efectos inmunosupresores de la quimioterapia.

Aunque externamente era positiva y animada, necesitaba desesperadamente abordar mis niveles de estrés que se disparaban. Mi investigación constante estaba tomando el control de mi vida e inevitablemente me topaba regularmente con mis profundamente deprimentes estadísticas de supervivencia. Por mucho que lo intentara, me derribaban durante días.

Sabía que llegar a seis meses sería un logro. El manto de la muerte podía descender en cualquier momento y ahogarme, derribándome cuando estuviera momentáneamente con la guardia baja. El cáncer exigía toda mi atención. Alguien me dijo que tendría que atravesar «180 días oscuros del alma» hasta que pudiera empezar a asimilar el diagnóstico. ¿Llegaría siquiera tan lejos? Mi alma ya se sentía bastante sombría mientras me asomaba al borde hacia

ese abismo insondable de abajo.

Esos sentimientos negativos necesitaban ser desterrados. Me estaba atormentando con pensamientos tan mórbidos. El cáncer era absorbente, dejaba poco espacio para la alegría, la risa y la diversión.

Había leído que la hipnoterapia podía ser útil, así que busqué un brillante hipnoterapeuta con sede en Putney. Era maravilloso. Después de cada sesión me entregaba una cinta personalizada de su tratamiento para reproducir en casa. Cuando empecé a verle, mi línea temporal futura se detenía a solo seis meses. Eventualmente me convenció de creer que tenía un futuro que duraría años. ¡Sí! Sus sesiones me ayudaron a mejorar mi dieta y me animaron a beber más, ya que estaba muy deshidratada. También se centró en el ejército de glóbulos blancos que rondaba por mi sistema. A través de la visualización, podía ver esos glóbulos blancos como soldados, eliminando a los intrusos malvados uno por uno.

Además de la hipnoterapia, también recibí curación espiritual de un sanador local, aprendí a meditar, fui a dar paseos por el parque y pasé tiempo conectando con la naturaleza. Cuando todos los demás se quejaban del tiempo húmedo y ventoso, yo me abrigaba y sonreía mientras paseaba por el parque, dejando que la Madre Naturaleza me azotara con su poder impresionante. Veía belleza donde todos los demás veían lo mundano. El brillo de las gotas de rocío, el verdor de las hojas, la majestuosidad de los árboles y las colinas, el destello del spray cuando navegaba. ¿Por qué se quejaba todo el mundo tanto? ¿Por qué la gente no se regocijaba cada mañana de estar, bueno, viva? Era como si el resto del mundo estuviera demasiado ocupado, envuelto en las minucias cotidianas para darse cuenta de lo increíble bendición que era ser parte de la creación.

Me tumbaba en el suelo, miraba al cielo y sentía mi conexión con el universo infinito. Qué pequeña e insignificante era. Qué afortunada era de estar viva. Me sentía renacida, como si estuviera viendo la vida a través de los ojos de un niño.

Solo tres meses después de encontrar el pequeño problema en mi pulmón, había dado enormes pasos. Mi lista de suplementos crecía, aunque parecía interminable. Quería que el terreno, el área alrededor de la célula cancerosa, fuera lo más inhóspito posible y el resto de mi cuerpo funcionando lo mejor que pudiera. Mi dieta se estaba volviendo cada vez más extrema a medida que iba añadiendo gradualmente más alimentos de bajo índice glucémico y eliminando carbohidratos simples y alimentos inflamatorios.

Para mi sorpresa, me sentía menos hambrienta con esta dieta y mis niveles de energía se dispararon. ¡Me sentía verdaderamente viva!

Comprar alimentos saludables en 1999 era otra pesadilla. La elección era extremadamente limitada. Incluso el té verde era prácticamente desconocido en aquellos días. Las camareras me miraban confundidas cuando lo pedía en una cafetería. «¿Quiere decir de menta?» preguntaban. ¡Aargh! Empecé a llevar siempre un stock preparado de bolsitas de té, junto con mis pequeños sobres de pastillas.

Seguía buscando suplementos para bajar la glucosa en sangre. Parecía cada vez más claro que los médicos estaban ignorando lo obvio. Los pacientes diabéticos tenían un tercio más de probabilidades de contraer cáncer, tenían mayor insulina y mayor glucosa y ambas impulsaban el crecimiento del cáncer. ¿Estaba simplificando demasiado el problema? No lo creía. La sabiduría interior me decía que quizás los medicamentos para la diabetes podrían ayudar a controlar la glucosa en sangre en los pacientes de cáncer también.

No sabía nada del maravilloso fármaco metformina en ese momento. Solo asociaba la diabetes con la insulina. Pero la insulina, deduje, avivaba el fuego al permitir que el tumor absorbiera aún más glucosa. Esta no era la respuesta. Quería seguir la ruta natural, suplementos o una dieta que pudiera bajar mi glucosa en sangre sin elevar la insulina.

Fue entonces cuando tropecé con una investigación en una revista sobre un antiguo extracto medicinal chino tradicional que al parecer nadie más en Occidente estaba usando para el cáncer. Controlaría mi glucosa en sangre y ofrecería otras increíbles propiedades anticancerígenas. Ayudaría con todos los aspectos de mi tratamiento.

---

[2] Véase Doctored Results de Ralph Moss.

[3] Más tarde descubrí que tenía Blastocystis hominis, un parásito intestinal común.

■ Ahora existen marcas de Niacina sin sofocos disponibles.

■ Peter C. Elwood et al. La aspirina en el tratamiento del cáncer: reducciones en la diseminación metastásica y en la mortalidad: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios publicados. PLOS ONE, 2016; 11(4): e0152402.

■ El uso a largo plazo de cimetidina (durante años) se ha relacionado con casos de ginecomastia (agrandamiento del seno) e hiperprolactinemia, por lo que quizás tiene un componente hormonal del que algunos cánceres deberían alejarse. Pero a corto plazo, en mi opinión, los beneficios pueden superar esos negativos.

■ «Los beneficios de la aspirina diaria superan el riesgo para el estómago, sugiere el estudio.» Science Daily, 30 de noviembre de 2016.

■ Restivo A et al. Aspirin as a neoadjuvant agent during preoperative chemoradiation for rectal cancer. Br J Cancer 113(8): 1133–1139. 2015.

■ El hidroxicitrato, el ayuno, las estatinas y la metformina habrían ayudado, pero todavía no se había escrito sobre ellos.

— PROGRESO DE LA TRADUCCIÓN —

■ Parte 1 (sesión anterior): Portada · Aviso legal · Dedicatoria · Agradecimientos · Prólogo · Introducción · Diez pasos · Capítulos 1–2

■ Parte 2 (esta sesión): Capítulos 3 · 4 · 5 · 6

■ Próxima sesión: Capítulos 7 al 10 (aproximadamente)

Para continuar, sube el mismo PDF y escribe: «Continúa la traducción desde el Capítulo 7»

Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

PARTE 3 — Capítulos 7 al 9

Continuación de la traducción al español

Capítulo Siete:

Invocando a mi dragón interior

Mi descubrimiento de la berberina, un extracto herbal utilizado durante siglos en China para tratar la diarrea y otras infecciones pero prácticamente desconocido en Occidente, llegó de forma inesperada. Había interrogado exhaustivamente a mi oncóloga sobre mi tumor. Necesitaba saber no solo los aspectos básicos de la biología del cáncer, sino exactamente cómo y de qué estaba compuesto mi tumor: los tipos de células, la velocidad a la que se dividían, el tiempo de duplicación de mi cáncer. Toda esta información me ayudó a determinar que tenía un tumor queratinizante. La queratina es una proteína que se encuentra en el cabello, las uñas y la piel. También era un cáncer epitelial, en otras palabras, un tumor superficial.

Mientras escuchaba a mi oncóloga, me di cuenta de que la descripción de mi tumor tenía muchos paralelismos llamativos con la psoriasis. Ambos estaban compuestos de células epiteliales escamosas. Ambos implicaban inflamación, rápida renovación celular y una sobreproducción de queratina. Eso era interesante. ¿Podría algún tratamiento para la psoriasis ser útil para el cáncer? Decidí investigarlo.

Una tarde, estaba hojeando revistas de salud cuando me topé con un artículo sobre la psoriasis. Había sido publicado en el Journal of Herbal Medicine en febrero de 1999 por el Dr. Maher Succar, que estudió en Ucrania y enseñaba Medicina Herbal China Tradicional en la Universidad de Westminster. Describía cómo se descubrió que un extracto particular de una planta era eficaz en el tratamiento del 80% de los pacientes con psoriasis. Se llamaba Mahonia aquifolium, y sus principales ingredientes eran berberina y berbamina.

Escribió:

> *«En los últimos años, los científicos han descubierto que el extracto de la corteza y raíz de Mahonia aquifolium contiene alcaloides que han demostrado ser potentes agentes antimicrobianos y antifúngicos: berberina, protoberberin, berbamina y oxicantina. Los estudios de cultivo celular han demostrado que estos alcaloides inhiben el crecimiento de diversas células tumorales y también inducen una potente actividad antioxidante que inhibe el crecimiento de los queratinocitos (células cutáneas anormales) y alivia la inflamación. La acción de estos alcaloides explica por qué el extracto de Mahonia aquifolium se ha utilizado con éxito para tratar una variedad de trastornos cutáneos (p. ej., psoriasis, dermatitis, eczema, condiciones fúngicas), así como trastornos digestivos y afecciones sanguíneas.»*

¡Aún más interesante! Tantas cosas ahí para hacerme sentar derecha. No se centraba solo en la inhibición de células tumorales. Todos los pacientes de cáncer parecían tener problemas intestinales, así que cualquier cosa que pudiera matar a los bichos de ahí dentro sonaba bien. ¿Quizás ayudaba a matar hongos, parásitos y otros microorganismos? Un tracto

intestinal sano era de suma importancia para el sistema inmunológico.

El Dr. Succar continuó:

> *«Pruebas de investigadores estadounidenses y canadienses han revelado que Mahonia aquifolium es uno de los cinco agentes herbales antifúngicos más potentes y que promueve un metabolismo graso saludable. Científicos del Instituto Nacional del Cáncer, NIH, Bethesda, EE. UU., han demostrado que Mahonia aquifolium inhibe la lipoxigenasa y el hidroperóxido lipídico, y que este efecto puede ser un factor crucial para explicar por qué parece ser tan beneficioso para los que sufren de psoriasis.»*

Vaya. Claramente esto era algo extraordinario.

Más búsquedas sobre berberina desenterraron un informe de 1995. Con creciente emoción, leí que por serendipia, investigadores en Changchun, China, habían descubierto que la berberina también reducía el azúcar en sangre. La investigación había sido dirigida por el científico Ni Yanxi, quien había estado tratando la diarrea en pacientes con diabetes.

Así que bajaba la glucosa en sangre, reducía la inflamación, promovía un metabolismo graso saludable, combatía los bichos en el intestino... ¡y combatía el cáncer! ¡Asombroso! Exactamente lo que necesitaba.

El artículo informaba de que la reducción de la glucosa en sangre se lograba con dosis de entre 300 y 500 mg, tres veces al día. ¡No había efectos secundarios en absoluto, incluso con dosis de hasta 2 gramos! Era perfecto. Y también era buena para la diarrea: ayudaba tanto a las infecciones intestinales como a la diabetes. Sabía que mi salud intestinal era crucial para mi inmunidad y aunque no tenía diarrea quería eliminar cualquier bacteria patógena que pudiera comprometerme. Quería que mi sistema inmunológico se centrara en el cáncer.

El efecto completo de Mahonia aquifolium y su contenido de berberina y oxicantina es bastante inspirador:

- Reduce la inflamación
- Reduce la glucosa en sangre
- Antimicrobiana y antifúngica
- Tiene una fuerte actividad anticancerígena
- Mejora el perfil lipídico y el metabolismo de las grasas
- Reduce los queratinocitos y mejora la psoriasis
- Mejora la salud intestinal (y con ello reduce el intestino permeable)

¿Qué no tenía este suplemento que amar? Si todo el mundo lo tomara, ¡los médicos podrían quedarse sin trabajo! Simplemente tenía que tenerlo.

Si ayudaba al intestino, la inflamación y los niveles de glucosa, la berberina también podría ayudar a muchos cánceres. Estaba rebosante de emoción mientras le contaba todo a Andrew

esa noche. Él estaba encantado de que me sintiera tan feliz, pero le preocupaba que nadie más la estuviera usando.

«¿Estás segura de esto? No tiene ningún ensayo ni investigación en Occidente.»

«¿Cuál es el inconveniente? La berberina se ha utilizado extensamente en la medicina china durante siglos. Somos demasiado altivos y despectivos con los preparados orientales en Occidente y demasiado dependientes de los ensayos clínicos aleatorizados.»

«¿Por qué no realizan esos ensayos en botánicos naturales?»

«Porque no hay dinero en ello. No hay nuevos fármacos que comercializar. No tengo ninguna duda de que muchos de sus medicamentos son muy potentes y útiles. Los medicamentos modernos parten en su mayoría de descubrimientos de plantas, que se reproducen sintéticamente y luego se patentan. Voy a buscarlo, tomarlo y ver qué pasa», dije.

Mencioné Mahonia aquifolium y berberina al Dr. Callebout, mi maravilloso médico integrador, la siguiente vez que le vi. En mi primera cita había llegado armada con una larga lista de suplementos, pensando que los reduciría drásticamente, pero para mi horror, ¡sugirió muchos más! Esta vez se acarició pensativamente la barba y dijo que la berberina sonaba «muy interesante».

A mí me sonaba más que interesante. Me sentí como Alicia en el País de las Maravillas al fondo del agujero del conejo en una pequeña sala mirando una botella con las palabras «Bébeme» escritas en ella. Tenía cáncer terminal, me sentía acorralada y la berberina sonaba como una poción mágica. ¡Aunque no quería que me encogiera, solo que se encogieran los pequeños tumores que pudieran estar acechando en mi sistema!

Encontré un sitio web para personas con psoriasis que lo enviaba por correo, y lo incorporé a mi régimen.

Hoy los investigadores se pelean por explorar el asombroso potencial de la berberina no solo contra el cáncer sino como agonista del receptor PPAR gamma, antiviral, antimicrobiano, antifúngico y antiinflamatorio. Muchos herbolarios la describen ahora como el suplemento más poderoso del mundo. Hay movimientos para que sea de prescripción, lo que por supuesto juega a favor del control de la Gran Farma sobre nuestras opciones.

Empecé a tomar Mahonia aquifolium justo antes de comenzar la quimioterapia, sin ser consciente de cuánto sinergiza y potencia el fármaco. Me enfrentaba a seis meses de la dosis máxima de gemcitabina, cisplatino y 5FU (cariñosamente conocido como «cinco pies bajo tierra»). Uf. ¿Iba a ser capaz de aguantarlo? Mi cuerpo se estremeció solo de pensarlo. Sabía perfectamente cómo me iba a sentir; había pasado por la quimio cinco años antes y había estado tan enferma como un perro. Esta vez sería una dosis mucho más pesada y durante mucho más tiempo.

Lo que no sabía (y para ser justos con mi Sherlock Holmes interior, tampoco lo sabían los científicos en ese momento) era que la berberina también es un bloqueador de los canales de calcio, lo que significaba que cuando me administraban la quimio, el fármaco citotóxico permanecía dentro de mis células cancerosas durante más tiempo. La quimio debe «atrapar» a una célula cancerosa cuando se está dividiendo activamente o de lo contrario no funciona. Equilibrar la toxicidad con la eficacia es la razón por la que los médicos prefieren la dosis máxima tolerada, aunque esta dosis alta destruye el sistema inmunológico.

Cada célula del cuerpo pasa por un período de reposo antes de dividirse. Los cócteles de quimio están compuestos de diferentes fármacos citotóxicos que actúan atrapando al cáncer en diferentes fases de su división. Así, cuanto más tiempo se pueda mantener la quimio dentro de la célula, más posibilidades tiene de atraparla durante su fase de división activa y matarla. Las células cancerosas tienen mucho menos reposo y mucha más acción que las células sanas. Pero otras células también se dividen rápidamente, razón por la cual las células sanas del intestino (el centro de nuestra inmunidad) y el cabello son las víctimas del daño colateral.

La quimio a dosis alta solo reduce el tamaño de un tumor. No hace nada a la célula madre en el corazón del cáncer. Los tratamientos convencionales que utilizan radioterapia y quimioterapia dejan atrás estas células cancerosas diferentes, las que actúan y se comportan de manera diferente a las células tumorales en rápida división y obvias. En la gran mayoría de los casos, la quimioterapia no ofrece una cura y el porcentaje de resultados positivos en estadio IV es cero. Aparentemente no hay beneficio. ¿Merecía la pena? ¿Cómo podía hacerla más efectiva sin destrozar mi sistema inmunológico, destruir mi intestino, desarrollar neuropatía, problemas auditivos, daño cardíaco y otros horribles efectos secundarios, sin mencionar el riesgo de muerte por síndrome de lisis tóxica?

También me preocupaba la obsesión poco saludable de la profesión médica por el tamaño de un tumor. ¿Y si había puesto en pausa su futuro crecimiento cierto (como me aseguraban que ocurriría inevitablemente) con mi dieta radical? ¿Moriría eventualmente de todas formas si lo privaba de lo que necesitaba para crecer, sin someterme a la quimio? ¿Por qué no había ningún interés en ninguna de las otras áreas de mi salud, explorando las razones por las que el cáncer había comenzado en primer lugar? ¿Cómo era posible que ni siquiera se molestaran en tomar los niveles séricos de vitaminas, como la vitamina D?

Hambrear la célula cancerosa me parecía una intervención perfectamente lógica. Y la investigación reciente demuestra que el ayuno previo a la quimio algún día será una práctica estándar. Pero la profesión médica solo lo sabrá cuando las organizaciones benéficas contra el cáncer hayan patentado de alguna manera sus propios sobres de dieta aprobados (están trabajando en esto mientras escribo, a pesar de decirles a los pacientes que las dietas no funcionan). La dieta correcta protege las células normales, deja las células inmunológicas más activas y disminuye los efectos secundarios. El Profesor Valter Longo, Catedrático de Gerontología en el sur de California, había estado inicialmente estudiando la reducción de la ingesta de alimentos por sus conocidos efectos antienvejecimiento, y luego comenzó a investigar una dieta de inanición de tres días antes de la quimioterapia. Los resultados fueron tan impresionantes que ahora defiende una dieta que imita el ayuno. El Profesor Thomas

Seyfried, investigador principal en el campo de la terapia metabólica del cáncer, también defiende hambrear al cáncer con la dieta cetogénica. El Dr. Callebout sugirió en 1999 que dejara de comer a las 3 de la tarde, lo que hice durante unas semanas. Su razonamiento era que el hígado era más eficiente por las mañanas y que digerir alimentos era más difícil por las noches. Además, recostar en el sofá después de una cena viendo la tele sin quemar la comida parecía una mala idea.

No había oído el término cetogénico en 1999; crear cetonas no era algo en lo que me hubiera centrado. Mi dieta habría sido descrita hoy como «Paleo», una dieta que habrían comido nuestros antepasados, con énfasis en eliminar los alimentos inflamatorios además de reducir los carbohidratos simples y bajar el IGF-1. Mi prioridad número uno era reducir el peligroso pico de insulina después de las comidas y bajar cualquier glucosa en mi sangre que pudiera alimentar a cualquier pequeña semilla de cáncer.

Mi carga tumoral en esta etapa era baja. A diferencia de otros que esperan hasta que el cáncer regresa antes de actuar, yo era proactiva. Lo golpearía con fuerza mientras estaba débil y vulnerable. Estaba convencida de que había mucho que podía hacer para cambiar las lúgubres estadísticas de su inevitable retorno. Cambiar el tipo de quimioterapia, quizás a un fármaco menos agresivo, reducir la dosis y darle al cuerpo descansos más largos entre infusiones me permitiría más tiempo para hambrear el cáncer y darle a mi sistema inmunológico la oportunidad de recuperarse. Estaba desesperada por tener una dosis más baja. Significaría menos náuseas, así que en teoría sería más fácil combinar la quimio con otros tratamientos y aumentar su eficacia atacando desde diferentes ángulos. Lamentablemente para mí, esto no era una opción.

Las propiedades del té verde me parecían casi mágicas. No solo potenciaba la eficacia de la quimioterapia, sino que es un inhibidor del crecimiento, ya que sus dos extractos, el galato de epigalocatequina (EGCG) y el galato de catequina (CG), bloquean el VEGF vascular. Pero sus efectos parecían ir más allá de simplemente bloquear el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis). Más tarde descubrí que tanto el EGCG como el CG son inhibidores de la glutamato deshidrogenasa (GDH), un precursor de la glutamina (un aminoácido), el otro nutriente clave que el cáncer usa junto con la glucosa para alimentar su crecimiento.

Aunque no sabía nada sobre las vías mTOR u otras vías metabólicas anormales en el cáncer, durante la quimio estaba tomando muchos suplementos que inhibían estas: berberina, hidroxicitrato, gymnema y picnogenol. Mi oncóloga estaba interesada en lo que estaba haciendo, intrigada por saber por qué no me estaba deteriorando como esperaba, pero yo tenía miedo de contárselo. Solo esperaba negatividad, que parece ser la posición predeterminada de muchos oncólogos. No quería eso. Tenía confianza en mis elecciones y había comprobado todo con el Dr. Callebout. Pero andaba de puntillas alrededor de la oncóloga. No me sentía bien engañándola y mintiendo. Eso me hacía sentir muy incómoda.

Con la retrospectiva (algo especialmente maravilloso; nunca pensé que estaría mirando atrás) se ha publicado tanta investigación en los últimos tres o cuatro años sobre la berberina,

el equivalente natural de la metformina, que puedo decir honestamente que esto puede haber tenido el mayor efecto individual sobre la quimioterapia. Pero por supuesto habría sido una combinación de todo lo que estaba tomando, el efecto sinérgico.

Cada vez estaba más convencida de que hambrear al cáncer, estresándolo dificultando o haciendo imposible el acceso a los nutrientes, y luego añadir el golpe de gracia de la quimioterapia era el camino a seguir. ¿Por qué malgastar energía y recursos en un enemigo sin cortarle primero su sistema de suministro, hambreándolo y debilitando sus defensas?

Históricamente, el pensamiento ha sido administrar a los pacientes tanta quimioterapia como puedan tolerar sin morir. La opinión de los expertos es ahora que una reducción del 50-70% en la cantidad de quimio, tomada durante un período más largo, de forma metrónoma (con períodos de descanso), puede ser igualmente eficaz y mucho menos tóxica, especialmente si se usa en combinación con otros fármacos o modalidades. Pero la quimio a dosis alta está tan arraigada como el único método de administración que los oncólogos temen ofrecer algo menos, aunque la evidencia ha estado disponible durante algún tiempo. Si eligieran este camino diferente, no solo arriesgarían el desprecio y la mofa de sus colegas, sino que también arriesgarían la pérdida de su licencia para ejercer si el paciente demanda o un colega oncólogo afirma que no están siguiendo el protocolo. Esto es exactamente lo que le ocurrió a un médico en Australia. No es de extrañar que el tratamiento del cáncer haya cambiado tan poco en 50 años.

Si abandonaba la quimioterapia, estaba desobedeciendo directamente las órdenes del médico. Pero el instinto me decía que la quimioterapia a dosis alta estaba completamente equivocada. Sentía que estaba fallando a mi cuerpo al aceptarla y estaba enfadada conmigo misma. Pero también tenía un gran respeto por mi oncóloga. Era muy persuasiva. Al final, a regañadientes, cedí.

«Míralo como un ciclo de antibióticos: tienes que terminar el ciclo», me dijo.

Esta línea de argumentación fue repetida por mis familiares claramente preocupados y mi marido cada vez que mencionaba dejarlo.

«¡Pero podría matarme! ¿Y si destruye mi sistema inmunológico y nunca me recupero?»

«Sí, me temo que también podría matarte con ello, pero es la mejor opción que podemos ofrecerte», dijo, intentando mantener las cosas ligeras.

Jesús. Como si no lo supiera ya. ¿Era esta realmente la única opción? Era el año 2000, el milenio. La quimioterapia parecía algún tipo de tortura de la Edad Media.

Así que, todavía reticente, seguí adelante. Y a pesar de todo lo que estaba haciendo para mitigar los efectos secundarios, me sentía fatal. Todavía no había encontrado la investigación temprana que sugería que un ayuno de tres días antes de la quimioterapia ayudaría a mantener el sistema inmunológico y reducir los efectos secundarios.

Intenté seguir con los suplementos cuando no me sentía mal, manteniéndome en la mejor forma posible con paseos regulares y rebotando en una minitrampollna para potenciar mi

oxígeno, energía y bienestar. Si me encontraba con fuerzas, salía a navegar los fines de semana e intentaba mantener la peluca puesta.

La berberina también es muy útil para curar el intestino permeable dañado por la quimioterapia, un efecto secundario inevitable del tratamiento. La glutamina también es un suplemento útil durante la quimioterapia; es casi completamente absorbida por la pared intestinal y, aunque algunos cánceres usan la glutamina como combustible, no «alimenta» al cáncer de la misma manera que la glucosa. Al ayudar a salvar mi mucosa intestinal y mantener un mejor microbioma, ayudaría a mantener mi precioso sistema inmunológico, vital para mi supervivencia a largo plazo.

Los efectos de mis suplementos hambreadores del cáncer (berberina, EGCG, gymnema sylvestre, hidroxicitrato, picnogenol, silibinina) y una dieta de bajo índice glucémico hicieron que la quimio fuera mucho más eficaz de lo que ni yo ni mi oncóloga habíamos esperado. Para mi absoluta alegría, después de mi primera ronda de quimio mis marcadores sanguíneos se desplomaron de casi 600 a 130, por debajo del rango normal de 150. El alivio de estar de nuevo dentro de ese rango «normal» fue enorme, aunque sabía que posiblemente era una falsa esperanza y una tregua temporal.

La quimio por sí sola nunca cura mi tipo de cáncer; simplemente lo manda a un segundo plano durante un tiempo. Pero era hora de celebrar. Había ganado una pequeña batalla. Andrew y yo salimos esa noche a cenar tranquilamente en el restaurante italiano local. Quizás la quimio a dosis alta no era tan mala después de todo.

Por tentador que fuera pensar lo contrario, sabía que era poco probable que hubiera ganado la guerra. Y después de otros dos meses de las infusiones tóxicas me iba sintiendo cada vez peor. Para entonces estaba completamente calva y las náuseas eran insoportables. ¿Acabaría matándome esta dosis máxima tolerada como mi oncóloga y yo temíamos?

Suficiente. Me estaban arrastrando hacia abajo y ya no me sentía poderosa ni en control. Me sentía frágil y débil, volviendo a ser una paciente pasiva y sumisa. Tenía que encontrar la fuerza para defender mis derechos y tener la quimio en mis propios términos.

Estaba en una posición difícil. Me di cuenta de que la decisión equivocada podría marcar la diferencia entre la supervivencia, los efectos secundarios que me invalidaran permanentemente o peor aún, la muerte. Pero estaba cómoda con mi elección. Una dosis menor podría ser igualmente eficaz y menos dañina.

De alguna manera, tenía que persuadir a mi oncóloga para que bajara la dosis. Pero ella había sido tan insistente que sabía que no iba a ser un debate fácil de ganar. Agotada, mi fuerza de voluntad y energía drenadas, mi espíritu aplastado, ¿cómo la persuadiría? Después de una larga conversación con mi hipnoterapeuta, decidí intentar la táctica de la paciente díscola. Iba a ser obstinada, difícil y testaruda. Los pacientes pasivos mueren. Los ruidosos sobreviven. Un hecho conocido.

> *«Es tu cuerpo, no lo olvides. Tienes todo el derecho a rechazar la quimioterapia si quieres», me había dicho. Lo sabía, pero era tan difícil romper la mentalidad de «el*

médico siempre tiene razón». Está cableada en nuestra psique. Estamos condicionados desde pequeños a seguir cada sugerencia que sale de sus bocas.

Los oncólogos parecían ignorar el Efecto Warburg, el metabolismo diferente del cáncer o cómo alterarlo. ¿Me estaba convirtiendo ahora en una experta en mi propio cáncer tan grande como la oncóloga? ¿Mucho de lo que sugerían derivaba de las directrices del NICE, de seguir las recomendaciones de las compañías farmacéuticas (siempre sesgadas), o del miedo a ser demandadas? En lugar de arriesgarse a intentar algo diferente, ¿la mayoría simplemente seguía al rebaño? Me negaba a ser una oveja. Había nacido en 1964, el año del Dragón chino. Hora de invocar a mi dragón interior y exhalar fuego.

Mi terapeuta me hizo repetir la frase: «Estoy en control. Mi cuerpo puede curarse», varias veces al día. Cuanto más lo decía, más empezaba a creerlo, y a recuperar la sensación de estar de nuevo en el asiento del conductor. Sí, podía dirigir el rumbo del tratamiento de vuelta por mi camino. Sí, sabía que necesitaba quimioterapia a dosis más baja. Podía luchar contra la enfermedad en mis propios términos. Las afirmaciones positivas me ayudaron a apagar mi actitud derrotista y me empoderaron enormemente.

La siguiente vez que vi a mi oncóloga, le supliqué que detuviera la quimio por completo. Sabía que era poco probable que lo hiciera, pero le dije que me sentía fatal, que era intolerable. Me explayé mucho, describiendo terribles dolores de estómago y diciéndole que había estado enferma durante una semana. Por supuesto que no era del todo verdad, pero recurrí a mis mejores habilidades dramáticas, di una actuación digna de un Óscar y no le dejé otra opción.

Funcionó. Prometió bajar la dosis drásticamente para mis últimos tres meses.

«Como tus marcadores sanguíneos se han mantenido estables, por debajo de los rangos normales, bajaré la dosis», dijo. «Y guardaremos el resto en reserva, por si alguna vez necesitas más.»

¡Casi le di un abrazo! Estaba tan aliviada. Creo que me salvó la vida ese día.

A pesar de la dosis más baja, mi quimioterapia de seis meses fue todavía una hazaña de resistencia extenuante, como competir en la Vuelta al Mundo en Yate de Volvo sin escalas. También era vagamente consciente de que encima de la quimio y la radioterapia que ya me habían dado, esta segunda oleada de quimio podría estimular un tipo secundario de cáncer en la médula ósea llamado leucemia.

Descarté esa idea. No, era lo suficientemente fuerte y sana para no sucumbir a eso, ¿verdad?

---

[1]■ En nuestro cuerpo, el intestino, los folículos pilosos y las células de la médula ósea que producen glóbulos rojos se dividen mucho más rápido que otras células. Las células inmunológicas del intestino tienen un ciclo de renovación rápido de cada cuatro o cinco días, de ahí el daño colateral a la mucosa intestinal.

[11] Un estudio de 2016 en el BMJ, que analizaba la supervivencia a cinco años, concuerda. El Dr. Peter Wise informó que el efecto de la quimioterapia sobre la supervivencia a cinco años solo fue significativo en el cáncer testicular (40%), la

enfermedad de Hodgkin (37%), el cáncer de cuello uterino (12%), el linfoma (10,5%) y el cáncer de ovario (8,8%). En el 90% restante de los casos, el beneficio de supervivencia fue inferior al 2,5%.

[12] También ha estado ayudando a formular un producto llamado Chemolieve.

[13] La glutamina es utilizada por muchos cánceres junto con la glucosa; algunos tanto o más, incluido el cáncer de mama triple negativo, el de ovario o el de páncreas.

1■ Nars, M.S. y Kaneno, R. (2013). Efectos inmunomoduladores de la quimioterapia a dosis baja. Int. J. Cancer, 132: 2471-2478.

1■ La glutamina puede fabricarse en el cuerpo o trasladarse de un lugar a otro.

1■ El científico alemán Otto Warburg, Premio Nobel, observó la fermentación anormal de glucosa (glucólisis) en las células cancerosas en la década de 1920.

Capítulo Ocho:

Manteniendo a la bestia en su jaula

Para el verano de 2000 finalmente había terminado la quimioterapia. Había sobrevivido nueve meses, mucho más que mi fecha de caducidad prevista de semanas, y mis marcadores sanguíneos del cáncer eran buenos. Ahora solo necesitaba mantenerlos ahí, o mejor aún, empujarlos aún más abajo, todo lo posible. ¿Hasta dónde podía bajar?

Estaba calva, agotada y todavía llena de basura química tóxica, pero estaba viva. Tenía precaución de que después de la quimioterapia a dosis alta el cáncer tiende a volver con saña, más rápido y con más fuerza que nunca por la falta de cualquier control inmune. El cuerpo ha sido destruido y arruinado por el tratamiento, por lo que la quimioterapia era en última instancia contraproducente. Es en este punto, mirando un tumor reducido o ausente, cuando la mayoría de los pacientes levantan el pie del acelerador, pasan al modo de crucero, suspiran con alivio y asumen que están curados. Vuelven a los malos hábitos y siguen como estaban antes de su diagnóstico. Era un error común y fatal.

Había mucho más que necesitaba hacer. Confiaba en que estaba privando al cáncer de glucosa, pero no estaba segura de que la dieta y la berberina fueran suficientes. Necesitaba desintoxicarme, deshacerme de cualquier resto de la quimioterapia y reconstruir mi intestino, que supuse que habría sufrido daños graves. Mi médula ósea, si también había sido golpeada, esperaba que se curara sola. El pelo eventualmente volvería a crecer: esa era la menor de mis preocupaciones. Solo tendría que cruzar los dedos por la posibilidad de una futura leucemia y esperar que no me ocurriera. No podía encontrar ninguna estadística al respecto ya que las mujeres con mi estadio de cáncer morían en semanas. Aparentemente ya estaba desahuciada.

Mi plan post-quimio era:

1. Desintoxicar con una dieta macrobiótica, de bajo IG, pescatariana, antiinflamatoria y baja en grasas saturadas durante tres meses (hay que inventar un nombre para ella)

2. Comprobar mis microbios intestinales en el Great Smokies Laboratory (ahora Genova Diagnostics)

3. Comprobar mi estado de micronutrientes (minerales, vitaminas, perfil de ácidos grasos)

4. Tomar vitamina C intravenosa e irradiación ultravioleta de sangre (IUV) tan pronto como fuera posible

5. Hacer más ejercicio, ir a navegar y disfrutar de la vida

6. Lanzar un nuevo negocio (hmm... quizás no una de mis mejores ideas)

A estas alturas, me había convertido en una adicta a los suplementos. Relajar mi rígido horario autoimpuesto ni por un día era un lujo que sentía que no podía permitirme. Quería controlar la liberación de glucosa en cada comida. Me estresaba cuando me los olvidaba. ¿El cáncer tomaría la delantera? Cada comida parecía una decisión de vida o muerte: ¿alimentaría al cáncer, o lo privaría de alimento, ayudaría a curar mi cuerpo y potenciaría la recuperación?

Por ahora parecía tenerlo bajo control. Mis análisis de sangre mostraban que todavía estaba en remisión. ¿Pero cuánto tiempo podía mantener este estilo de vida? ¿Realmente necesitaba ser tan dura conmigo misma? Por otro lado, ¿estaba haciendo lo suficiente? ¿Me protegerían realmente los suplementos y la dieta? ¿Mutaría el cáncer y volvería con una rabia y una fuerza que no podría contener? La única manera de hacer un seguimiento de mi progreso era tomando marcadores sanguíneos regulares; así podría ocuparme de ello inmediatamente si hacía una visita de regreso no deseada.

Si los pacientes diabéticos necesitaban controlar la liberación de glucosa e insulina en cada comida, yo también. Ambos niveles suben después de las comidas y este parecía ser el momento crítico para controlarlo. No conocía a nadie más que abordara el cáncer de esta manera, pero para mí parecía de sentido común. Me había sentido demasiado enferma después de las sesiones de quimioterapia para poder tomar mucho de nada, incluidos los suplementos; sin embargo, en los días previos a cada sesión me atiborraba de compuestos que hambreaban el cáncer para aguantar. Ahora que me sentía mejor estaba compensando eso.

Si la berberina controlaba la liberación de glucosa en la sangre, concluí que el mejor momento para tomarla probablemente sería justo antes de una comida. Esto no era fácil, pero con el tiempo se convirtió en un hábito, tomando las pastillas religiosamente en el desayuno, el almuerzo y la cena. Los inconvenientes eran que tomando tantas, regadas con té verde e incluso a veces aceite de oliva, podía acabar sintiéndome un poco nauseabunda de nuevo.

El sueño había sido un problema durante años, desde el primer diagnóstico. Para ayudar con eso, tomaba melatonina por la noche una hora antes de acostarme. Tiene efectos potenciadores del sistema inmunológico, como IL2 e IL12 (buenas citocinas), controladas por la glándula pineal. Pero ahora me preguntaba si necesitaba tomar tanta. Temía haber apagado mi propio suministro endógeno y sospechaba que tendría que seguir tomando melatonina de por vida.

El miedo y la preocupación eran mis compañeros de cama. Los pensamientos acelerados eran difíciles de apartar. Parecía no haber escape de la pesadilla. Si dejaba los suplementos, el cáncer podría volver. Ese no era un riesgo que quisiera correr. No iba a haber ninguna negación del cáncer, ningún regreso a la vida despreocupada de antes.

La organización iba a ser primordial. Nada podía dejarse al azar si quería mantener a la bestia en su jaula. Hice una tabla de todo lo que estaba tomando, escribí una lista de dónde obtenía cada suplemento y apunté los números de teléfono y los sitios web para repedir. Cada viernes, dedicaba una hora por la tarde a prepararme para la semana siguiente, llenando

sobres y encargando cualquier suplemento que se estuviera agotando. ¡Los pastilleros normales simplemente no eran suficientemente grandes! «Maracas» con razón. Era un esfuerzo, pero la elección era esta o posiblemente la muerte. Para mí, no había elección.

Me volví excepcionalmente estricta conmigo misma. El cáncer estaba relacionado con el estilo de vida, ¿verdad? Si creía las historias de los medios, nunca habría tenido cáncer si me hubiera cuidado mejor. Pero otros llevaban estilos de vida mucho peores que el mío. Sabía que culparme de mi situación no era constructivo. En cambio, aproveché la fuerza de mis sentimientos, la rabia, la culpa, el dolor, la tristeza, el miedo y la preocupación por mi diagnóstico para impulsarme.

Mi lista de suplementos en expansión, las visitas a médicos integradores, las pruebas y los alimentos ecológicos me estaban costando una pequeña fortuna, pero necesitaba este salvavidas. No éramos pobres, pero aun así era una lucha. ¿Cómo podría permitirse todo esto cada paciente de cáncer? Y ahora había decidido que necesitaba vitamina C intravenosa. Otro gasto más.

Andrew no volvió a mencionar nunca más el agujero en nuestras finanzas. Era un apoyo al 100%. Aun así, me sentía terriblemente culpable por negarles a los dos unas vacaciones muy necesarias y meter mano en pensiones y ahorros. Puede haber tantos factores tácitos que pesan sobre el subconsciente del paciente, drenando preciosa energía, acumulando aún más estrés sobre la psique ya sobrecargada. Pero si los papeles estuvieran cambiados, haría lo mismo sin dudarlo.

Bajo el cuidado de la profesión médica, hay una sensación de seguridad, una red de seguridad que te recoge, de que algo se está haciendo. Cuando llegué al final de mis seis meses de quimioterapia, me encontré sola. Me habían dejado libre y como muchos pacientes en esta situación me sentía vulnerable. Pero ya había encontrado a mis médicos integradores, tratamientos alternativos. También estaba empoderada con conocimiento. No esperé en el limbo a que regresara. Había mucho más que podía hacer.

No podía dormirme en los laureles, cruzar los dedos, esperando que el tiempo borrara el recuerdo de los terribles tratamientos y el diagnóstico, creyendo que todo estaría bien. Ya había ido por ese camino y había llevado a más cáncer. Esta vez no sería complaciente. Mientras mi carga tumoral era baja y todavía estaba en relativamente buena forma, sentí que era un buen momento para ser proactiva, para tomar el control, sin esperar a que cayera el hacha una vez más, sabiendo que cada vez el cáncer sería más y más difícil de tratar.

Lo primero en mi lista era una dieta desintoxicante para mi intestino dañado. Y una serie de infusiones de vitamina C intravenosa, administradas dos veces por semana con el médico integrador Dr. Kingsley en Leicestershire. La mera mención de la vitamina C intravenosa a dosis altas hace que muchos griten: «¡Esto ha sido desacreditado! ¡Linus Pauling fue desprestigiado!» Recientemente estuve en una reunión con varios editores de salud y esa fue precisamente la respuesta. La próxima vez estaré más preparada. Tendré a mano la literatura médica reciente, que definitivamente demuestra su valía. Muchos pacientes son disuadidos de esta valiosa terapia por médicos furiosos, convencidos de que solo acelerará su fin.

De hecho, este tratamiento olvidado y calumniado está regresando justificadamente. La Gran Farma ha estado, una vez más, trabajando duro para sofocar esta alternativa más barata a la quimio, pero sus grandes resultados son difíciles de contrarrestar.

Linus Pauling fue Premio Nobel de Química en 1954, luego desprestigiado porque formuló una hipótesis sobre la acción de la vitamina C que resultó ser incorrecta. Sin embargo, su suposición de que las dosis más altas podrían ser útiles para el cáncer era efectivamente correcta, solo que no de la manera que él pensaba. Él y el Dr. Ewan Cameron estaban convencidos de que tenía algo que ver con la reducción de la hialuronidasa, una enzima que hacía que la matriz extracelular (la sustancia que rodea las células cancerosas) se ablandara, permitiendo que las células se separaran y el cáncer se extendiera. Pauling estaba tan a favor de la vitamina C que cualquier cosa que pareciera desacreditar sus teorías llevaba a un acalorado debate. Estaba enfadado con la manera en que se realizaban los estudios y se hizo muchos enemigos defendiéndola, pero su enfado era principalmente frustración. Otros no la estaban investigando como él sugería: por vía intravenosa.

El científico ganador de dos Premios Nobel fue arrastrado por el barro solo para ser reivindicado décadas después. Si miras los ensayos recientes que utilizan vitamina C intravenosa (ascorbato), demuestran que tenía razón. Así que antes de tirar este libro a la papelera, es importante señalar que los primeros ensayos fracasaron porque se realizaron con dosis orales bajas. Y más tarde, la vitamina C intravenosa se combinó con glutatión, un antioxidante, lo que anuló totalmente su efecto pro-oxidante, otra razón por la que muchos creen que no es útil.

Cameron y Pauling publicaron los resultados de un estudio clínico en 1978, que mostró que la supervivencia de los individuos tratados con ascorbato era 20 veces mayor que la de los no tratados. Otro en 1991 mostró que la supervivencia era de 343 días frente a 180 para los controles que no recibieron ascorbato. Crucialmente, estas pruebas se realizaron usando vitamina C intravenosa combinada con oral, no solo por vía oral.

Cualquier oncólogo bueno te dirá que los radicales libres, a los que se les da el nombre de «especies reactivas de oxígeno», matan el cáncer. Exactamente así es como funciona la vitamina C intravenosa. A dosis altas se transforma de antioxidante en pro-oxidante, liberando oxígeno libre al área alrededor de un tumor.

En este caso, las especies reactivas de oxígeno (ROS) es el peróxido de hidrógeno (H■O■). Esta producción de oxígeno cerca de la célula causa una especie de «oxidación» y permite que la célula sea atacada y destruida. Este equilibrio de la producción de ROS y el estado antioxidante de las células es crucial para la supervivencia o muerte de las células tumorales. El uso prudente de los antioxidantes es algo que sigo viendo que los pacientes siguen haciendo mal. Muchos toman enormes cantidades de antioxidantes que contrarrestan los efectos de la vitamina C intravenosa y luego se decepcionan porque no ha funcionado.

Como ocurre con cualquier fármaco o suplemento, la dosis determina si es eficaz, ineficaz o tóxico. Usarlo en la combinación adecuada también es clave. En el caso de la vitamina C, el punto óptimo para sus propiedades anticancerígenas es una dosis alta. A diferencia de lo que

ocurre con la quimioterapia, más es definitivamente más, y cuanto mayor es la cantidad (hasta 75 g), más se vuelve selectivamente tóxica para las células cancerosas produciendo más H■O■.

Los pacientes a menudo no entienden la necesidad de evitar suplementos antioxidantes específicos como la vitamina E, la cisteína y la N-Acetilcisteína (incluida la proteína de suero). Sin embargo, la suplementación con CoQ10 y ALA durante las infusiones de vitamina C intravenosa recicla la vitamina C y puede elevar sus niveles en los tejidos e incrementar su eficacia, aunque ambas estarían contraindicadas en la quimioterapia. El CoQ10 también niega los efectos beneficiosos de las estatinas para la terapia contra el cáncer.

El peróxido de hidrógeno creado por el tratamiento de vitamina C intravenosa libera una de sus moléculas de oxígeno al microentorno del cáncer. La célula cancerosa entonces tiene que lidiar con este radical libre extra. Como las células cancerosas son incapaces de neutralizarlo (les falta la enzima catalasa), mueren. Lo mejor de todo, para una terapia tan potencialmente útil, es que las células normales permanecen completamente ilesas, ya que los espacios extracelulares y las células sanas vecinas contienen la enzima catalasa. De hecho, se ha demostrado que la vitamina C intravenosa actúa sobre las mitocondrias en las células madre del cáncer, las células cancerosas originales responsables de la resistencia a la quimio y la radioterapia, porque detiene un paso clave en el proceso de glucólisis, hambreando eficazmente al cáncer además de desencadenar la apoptosis o muerte celular. Ayuda a bloquear una de las principales líneas de suministro de energía del cáncer.

Esto la hace significativamente más segura que la quimio. Después de entrar en contacto con el tumor, libera una de sus moléculas de oxígeno, mata el cáncer y luego el H■O■ (peróxido de hidrógeno) se convierte en simple agua (H■O), que luego es excretada con seguridad por los riñones. Química simple que incluso un niño de seis años podría entender.

Las dosis bajas de vitamina C y ALA, por otro lado, deben evitarse. A estos niveles antioxidantes la vitamina C y el ALA ayudan al glutatión a neutralizar el exceso de toxicidad dentro de la célula, permitiéndole permanecer inmortal. Durante un tiempo, me engañé pensando que los niveles orales podían tomarse hasta la «tolerancia intestinal», pero esta es una estrategia peligrosa. Es imposible elevar la vitamina C en plasma sanguíneo a los niveles pro-oxidantes necesarios para crear peróxido de hidrógeno únicamente por vía oral, a menos que se tomen grandes cantidades de una versión liposomal.

Si tomas la ruta liposomal, debe ser ascorbato y no menos de 5.000 mg deben tomarse de una sola vez, posiblemente un poco más para estar seguros, para causar la producción de H■O■. Este es un punto importante porque todavía hay muchos defensores del método de tolerancia intestinal. Pero esto no elevará la vitamina C a los niveles requeridos. En cambio, ayudará a inmortalizar el cáncer y a alimentar su crecimiento.

Una dosis de infusión es típicamente de 25 g hasta 75 g, dependiendo del tamaño del tumor y del paciente. Se administra tres veces por semana o incluso diariamente durante varias semanas. La infusión de vitamina C intravenosa eleva los niveles plasmáticos hasta que cambia de ser antioxidante (neutralizando el oxígeno) a pro-oxidante al acumularse y crear

peróxido de hidrógeno (H■O■) en los tejidos conectivos alrededor del tumor, pero no en la sangre.

Quería empezar a tener vitamina C intravenosa inmediatamente después de terminar la quimio, así que cogí un tren hasta ver al Dr. Patrick Kingsley en Leicestershire una semana después. Había pedido a los médicos que me mantuvieran la «vía PICC», un pequeño tubo que pasaba por una vena del brazo hasta el pecho para administrar la quimioterapia. También sería útil para la vitamina C.

Cuando llegué a la casa del Dr. Kingsley (que también era su consulta) vi por qué los pacientes viajaban desde todo el país para verle. Era tan tranquilizador que inmediatamente me puse a gusto.

Mi amiga Cathy ofreció amablemente acompañarme en mi primer viaje. Cuando me senté en la sala de consulta, de repente descubrí que no podía evitar llorar. Para mi sorpresa las lágrimas empezaron a rodar por mis mejillas. Era una especie de liberación emocional, creo, y el alivio de que hubiera médicos increíbles ahí fuera dispuestos a administrar estos tratamientos y mantener viva la esperanza. Estos médicos estaban pensando e investigando por sí mismos en lugar de seguir ciegamente los protocolos establecidos por la Gran Farma, el Consejo General Médico y el NICE.

Cathy fue un enorme apoyo, aunque algo desconcertada por las lágrimas. Había estado riendo y bromeando en el tren de camino. El Dr. Kingsley no intentó que me detuviera. Me dejó llorar, me pasó pañuelos y en cambio me llevó de vuelta a la positividad.

«Si queda algún cáncer, tenemos que asegurarnos de que hemos detenido su crecimiento, luego lo destruimos. Finalmente podemos eliminar todo lo que quede de tu sistema. Solo una vez que hayamos hecho todo eso podremos devolverte la plena salud. La vitamina C intravenosa ayudará.»

El Dr. Kingsley no ofreció garantías pero me aseguró que había visto algunos grandes éxitos. Estaba ansiosa por empezar cuanto antes y eliminar cualquier célula tumoral restante. Solo se necesitaban unos pocos de estos pequeños bribones para sembrar un nuevo tumor, y dado que puede haber miles de millones de células tumorales en un área del tamaño de la punta de un lápiz, quería empezar de inmediato. Podría quedarme poco tiempo para luchar. El esfuerzo ahora podría tener grandes dividendos más adelante.

Me relajé en uno de los cómodos sillones de su sala de estar para leer un periódico mientras la vitamina se infundía lentamente en mí durante unas horas. No era nada como el ambiente clínico y estéril de un entorno médico. El Hospital Hammersmith gritaba: «¡Eres un paciente, estás ENFERMA!» La consulta del Dr. Kingsley era totalmente diferente.

Después de cada infusión intravenosa me daba un tratamiento llamado irradiación ultravioleta de sangre (IUV) para matar bacterias y virus. El cáncer de cuello uterino (junto con el cáncer de cabeza y cuello) está relacionado con el virus del VPH, así que esto tenía todo el sentido para mí. Un «microbioma» alterado (la mezcla de bacterias, hongos y parásitos que rodean a los tumores) está siendo reconocido lentamente como una causa de la enfermedad.

La IUV se lograba extrayendo una gran jeringa de sangre de mi brazo a través de un tubo que luego pasaba bajo una lámpara UV. Esta técnica simple pero efectiva (la Técnica de Knott) se utilizaba regular y exitosamente en la década de 1940 para la polio y otros virus. Con la introducción de los programas de vacunación masiva, fue relegada y finalmente eliminada, excepto por algunos médicos holísticos.

La IUV hace su magia actuando como antibiótico natural y estimulando una respuesta inmune. No cabe duda de que los rayos UV matan a los patógenos; así es como se esterilizan los suministros de agua de las ciudades, así como algunos balnearios o piscinas. Pero ¿cómo podría funcionar si no se trata todo el sistema sanguíneo, sino solo unas pocas jeringas de sangre?

La diferencia entre nosotros y una piscina (bueno, no es la única diferencia) es que tenemos un sistema inmunológico, un ejército que normalmente hace el trabajo de limpiar las infecciones de manera muy eficiente. En el cáncer, este ejército inmune está suprimido, pero la IUV desencadena una respuesta similar a una vacuna, volviéndolo a activar. Cuando los patógenos mueren, quedan en estado descompuesto en la sangre. Los restos pueden entonces ser reconocidos por el sistema inmunológico. Estos se convierten en antígenos que luego estimulan a los glóbulos blancos para montar un ataque más eficiente contra los patógenos, virales, bacterianos o de otro tipo, que pueden estar en el corazón del cáncer.

Puede sonar contraintuitivo, pero cuando tienes cáncer quieres, de hecho necesitas, algunos radicales libres para matar tus células tumorales. La generación de radicales libres es exactamente el método que emplea la medicina ortodoxa con la quimioterapia y la radiación ionizante para matar las células tumorales, y por eso funciona la vitamina C intravenosa a dosis altas. Cada uno produce tantos radicales libres que empuja al cáncer hacia la autodestrucción.

Si ahora te rascan la cabeza, déjame resumir: en el cáncer, las ROS (radicales libres de oxígeno) son buenas ya que matan a las células cancerosas; el glutatión (antioxidante) es malo ya que mantiene vivas a las células cancerosas. Si estás sano, es lo contrario. Casi todo el mundo parece confundir este punto. Los compuestos para la prevención del cáncer no son igualmente beneficiosos para tratar el cáncer activo. Son dos situaciones completamente separadas.

La NAC, la vitamina C oral a dosis bajas (a dosis antioxidante), la vitamina E y el CoQ10 todos reciclan el glutatión antioxidante maestro. Todos deben evitarse durante el tratamiento de quimioterapia. La NAC también se encuentra en la proteína de suero de leche y en el caldo de huesos. El caldo de huesos es excelente para curar el intestino, pero elegir el momento adecuado para tomarlo es primordial para que los tratamientos no se anulen entre sí.

La quimioterapia a dosis altas destruye el intestino. Sin duda. Muchos pacientes se ven tan gravemente afectados que ya no pueden comer con normalidad después. Mi intestino, estaba segura, también había sufrido daños, pero como había insistido en la dosis más baja, esperaba haberlo pasado mejor que la mayoría. Confiaba en que podía repararlo.

Investigando los tratamientos para la diabetes, descubrí que la insulina circulante elevada también eleva el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1), lo que a su vez estimula la captación de cisteína y otros aminoácidos. Esto a su vez aumenta los niveles de glutatión, permitiendo la inmortalidad de las células cancerosas y la capacidad de neutralizar las ROS. Una razón por la que los diabéticos tienen tasas de cáncer mucho más altas y son mucho más difíciles de tratar.

La mayoría de los pacientes de cáncer, cuando piensan en oxigenar el cuerpo, inmediatamente piensan en la terapia de oxígeno hiperbárico (TOHB), una cámara utilizada inicialmente para los buceadores de aguas profundas para detener la enfermedad por descompresión y ahora utilizada para los que sufren de esclerosis múltiple. O piensan en el ozono o el DMSO, también útiles. Pero los pacientes deben considerar seriamente el uso de vitamina C intravenosa como un poderoso método de oxigenación para matar el cáncer junto con la quimioterapia.

Ahora mi cabeza nadaba con mucha información que era difícil de procesar con el «cerebro de quimio». Estaba aprendiendo y asimilando tantísimo. No había duda de que la profesión médica no se estaba dando cuenta de que lo que prescribían, fuera lo que fuera, estaba muy lejos de ser suficiente para luchar contra la enfermedad. Era difícil tomar todo lo que quería tomar durante el tratamiento. Preocupada por mi estómago, había dejado de tomar aspirina y en su lugar había tomado picnogenol, una alternativa natural pero no necesariamente equivalente. La curcumina la intenté por sus beneficios antiinflamatorios, pero a menudo me producía náuseas. En su lugar mantuve la inflamación a raya tomando más aceites de pescado.

Después de terminar mi tratamiento de quimioterapia, me encontré con otro aceite de pescado, el aceite de hígado de tiburón, que no solo ayudaría a controlar la inflamación con su contenido en omega-3, sino que también contenía altos niveles de otras sustancias beneficiosas. Los tiburones rara vez contraen cáncer, aunque se han detectado algunos tumores sólidos. Pero ningún cáncer de sangre que yo pueda encontrar. Una oncóloga escandinava llamada Dra. Astrid Brohult decidió estudiar el aceite de hígado de tiburón después de observar primero los efectos beneficiosos del tuétano de ternera en niños con leucemia (un cáncer de sangre). Descubrió que el tuétano de ternera tenía efectos estimulantes del sistema inmunológico por compuestos llamados alquilgliceroles (AKGs). La Dra. Brohult luego se dio cuenta de que estos compuestos se encontraban en niveles significativamente más altos en el aceite de hígado de tiburón.

La Dra. Brohult descubrió que el aceite de hígado de tiburón detenía la proliferación del cáncer y la enfermedad por radiación. Un estudio sobre pacientes con cáncer de cuello uterino que tomaron aceite de hígado de tiburón antes, durante y después de la radioterapia encontró que redujo las lesiones inducidas por la radiación en un muy significativo 50%.

¿Estaba ganando? No podía estar absolutamente segura, pero los análisis de sangre regulares ayudaban a confirmar que por ahora estaba bien. Me mantenía dentro de los límites «normales». Tenía que tener fe ciega en que estaba en el camino correcto.

La dieta era especialmente difícil de mantener. Ya no me apetecían los alimentos dulces, pero ¿podría no dejarme llevar nunca más? ¿Sería mi futuro vivir en el filo de la navaja, comprobando los alimentos todo el tiempo, sin poder salir y permitirme un par de copitas? ¿No había una manera más fácil?

---

[1]■ Lamentablemente, Pauling ahora tiene una página en Quackwatch, un sitio escrito por individuos adoctrinados por la industria farmacéutica.

[1]■ Una formulación «liposomal» significa que la molécula está encapsulada en un lípido para que pase por el tracto digestivo en el intestino delgado y sea llevada directamente al torrente sanguíneo.

[1]■ https://now.uiowa.edu/2017/01/why-high-dose-vitamin-c-kills-cancer-cells

[2]■ Cieslak JA, Cullen JJ. Treatment of Pancreatic Cancer with Pharmacological Ascorbate. Current pharmaceutical biotechnology. 2015;16(9): 759-770.

[21] Levine M et al. El ascorbato en concentraciones farmacológicas genera selectivamente radical ascorbato y peróxido de hidrógeno en el fluido extracelular in vivo. PNAS May 2007.

[22] El Profesor Michael Lisanti de la Universidad de Salford ha investigado el efecto de doxiciclina, vitamina C intravenosa y berberina, con resultados impresionantes.

[23] Los científicos han descubierto ahora al menos siete virus causantes de cáncer.

[2]■ El resultado neto es la inducción de una eliminación secundaria de estos agentes infecciosos en todo el cuerpo. Tratar solo 35 cc de sangre con UBI induce una respuesta sistémica beneficiosa.

[2]■ La vitamina C y E oral a dosis bajas puede ayudar a reciclar el glutatión, lo que no tendrá el efecto de matar el cáncer requerido. En cambio, tendrá el efecto contrario y mantendrá inmortal a una célula maligna.

[2]■ La glutamina es excelente para curar un intestino permeable y para ayudar a armar los glóbulos blancos, en particular las células asesinas naturales.

[2]■ Más tarde descubriría que esta es una razón por la que la metformina es útil para el tratamiento del cáncer: baja el IGF-1, que a su vez reduce la captación de cisteína y por tanto disminuye el glutatión.

[3]■ Iannitti T, Palmieri B. An Update on the Therapeutic Role of Alkylglycerols. Marine Drugs. 2010;8(8): 2267-2300.

Capítulo Nueve:

Venciendo todas las probabilidades

Cada mes hacía un seguimiento de mis marcadores sanguíneos. Incluso como fisioterapeuta me habían enseñado que el estadio IV significaba la muerte segura. Era inevitable. El cáncer volvería.

Me esforcé en bloquear los pensamientos negativos. Me negaba a creerlo. Sabía que hambrear al cáncer y detener su crecimiento era clave para prevenir un retorno no deseado. Era duro, atenerse a la dieta, pero aprendí a adaptarme y pronto me di cuenta de que todos aquellos alimentos poco saludables que había comido en el pasado no los echaba de menos. Bueno, quizás ver a otros hincarle el diente a un bocadillo de bacon un domingo por la mañana todavía me hacía desear nostálgicamente un mordisco.

A medida que mis marcadores sanguíneos se mantenían dentro de los niveles normales, mi confianza en mis propias capacidades crecía lentamente. Y a medida que la duda desaparecía, empecé a sentirme tan segura de mi progreso que me lancé de lleno al negocio de artículos de tocador que había empezado justo antes del diagnóstico del cáncer secundario en los pulmones. Era ciertamente una bienvenida distracción de las aburridas citas hospitalarias, la angustiante espera de resultados y las tristes y pesarosas miradas del personal médico. Podía ver lo que estaban pensando. A todos les habían enseñado el mismo dogma. «Estadio IV. Me pregunto cuánto tiempo le queda.»

En el hospital, ponía constantemente barreras a la corriente subterránea de negatividad que sabía que acechaba justo debajo de la superficie. No era inmune a los comentarios irreflexivos del personal. Mi equilibrio interior podía desequilibrarse por el menor indicio de pesimismo.

«Estoy muy contenta con mi progreso», le dije a una enfermera que me tomaba la tensión. «Esperemos que ahora pueda mantenerlo a raya.»

«Cuando vuelva, estoy segura de que habrá muchas terapias nuevas a considerar.»

«¿No quieres decir si?», respondí, conmocionada por su falta de empatía. Apostaba a que yo sabía más sobre cómo controlar mi cáncer que ella. ¿Cómo se atrevía a asumir que la progresión era inevitable? Hizo que mi determinación fuera aún más fuerte.

En casa estaba equilibrando reuniones de ventas, nuevas formulaciones de artículos de tocador, creando diseños para botellas, tubos y cajas de regalo, y buscando producción en todo el mundo. Crear una línea de productos completamente nueva era emocionante. Era también una especie de caos organizado, un antídoto a mi régimen médico estructurado y programado.

Un período de «multitarea extrema» es como describiría estos años. Pero siempre me reservaba veinte minutos para la meditación diaria. Lo hacía inmediatamente después de mis suplementos matutinos. Me hacía un hueco para un paseo en bicicleta o una caminata enérgica al parque después del almuerzo. Esto sin duda potenciaba mi inmunidad, oxigenaba mi sangre y permitía que mi cuerpo absorbiera cualquier glucosa liberada por los alimentos.

Hambrear al cáncer. Se convirtió en mi mantra. Lo cantaba mientras caminaba enérgicamente alrededor de la manzana o del parque, apretando cada glúteo alternativamente con cada paso, ¡esperando que nadie notara mi extraña marcha con contracciones de glúteos! Me detenía ocasionalmente para hacer unas sentadillas junto a un banco. Quería asegurarme de que mi glúteo mayor, el músculo más grande de nuestro cuerpo, recibiera un buen entrenamiento. No era un genio para deducir que sería el ideal para atacar (junto con los cuádriceps de los muslos). Los músculos constituyen el 40% de nuestra masa corporal y proporcionan un valioso sumidero para absorber el exceso de glucosa. El ejercicio también aumenta la sensibilidad a la insulina en los tejidos, lo que lo hace cada vez más eficiente para absorber la glucosa y utilizarla.

Incluso con la distracción de poner en marcha un negocio, seguía aprendiendo y asimilando nueva información sobre el cáncer e intentando formular una nueva estrategia anticancerígena. Si, después de todo lo que había hecho, el cáncer hacía su retorno, necesitaría un plan de contingencia. Seguí comprando historias de supervivientes, enormes tomos sobre medicina alternativa y muchos otros libros y revistas. Mi biblioteca doméstica sobre el cáncer ahora llenaba varios estantes.

Todavía sentía que había otros «grandes artilleros» que podría haber perdido. El té verde, con su potente ingrediente galato de epigalocatequina (EGCG), era definitivamente uno. Pero solo tenía una vida media corta, así que necesitaría beberlo constantemente durante el día, ¡a veces hasta diez tazas! Otros compuestos naturales también eran grandes artilleros. La curcumina atacaba las vías inflamatorias, mientras que la genisteína, la silibinina (cardo mariano), la quercetina y el resveratrol parecían detener el crecimiento y la propagación del cáncer. Todos se convirtieron en constantes en mi rutina, junto a mi cóctel de suplementos y el zumo matutino de remolacha, apio, zanahoria y manzana. Cómo podrían hambrear al cáncer todavía estaba por averiguar, pero cada uno parecía ser muy eficaz a partir de la investigación que había visto sobre su actividad anticancerígena y bloqueadora de la angiogénesis. Todos se tomaban con cada comida.

Parecía no haber un «talla única» para la dieta. Cada médico complementario tenía un estilo individual de tratamiento, pero todos se centraban en corregir deficiencias de vitaminas y minerales (p. ej., magnesio y vitaminas A, B, D, K) o en añadir suplementos que potenciaran otros tratamientos. Pero más que nada, todos estaban completamente en contra del azúcar.

Hacer zumos de verduras, hacer ejercicio, cocinar en casa, buscar alimentos saludables, explorar nuevos, investigar, meditar, citas hospitalarias, el negocio; todo llevaba tiempo. Este no era precisamente el tipo de estilo de vida que recomendaría a nadie recién salido de un diagnóstico terminal. Era agotador. Por las noches me deslizaba en un baño tibio con fragancia

natural, encendía velas, ponía música y me relajaba durante media hora. Cerrar el bullicio del día era importante. Necesitaba mi propio pequeño santuario solo para pensar. O para no pensar. Se convirtió en mi refugio nocturno.

Al final creé mi propio CD de Tranquility Spa, un ritual de relajación con un poco de reflexología, afirmaciones y visualizaciones incluidas, diseñado principalmente para mí misma, pero que luego empaqué como un pack de regalo con velas, sales de baño ricas en minerales y una almohada de baño. Cuando lo lancé, el pack fue preseleccionado para el Premio al Regalo del Año.

El baño era un gran lugar para reflexionar sobre la vida, los negocios, mi cáncer y todas sus complejidades. Una vez que había calmado mis pensamientos acelerados, pensaba en cómo se estaba comportando mi cáncer e intentaba ver el panorama general. No tenía cáncer detectable en mi cuerpo, pero no estaba a punto de echarme para atrás y descansar. Podía abalanzarse en cualquier momento. «Cuando vuelva», eran las palabras que siempre me acechaban. La astuta célula cancerosa había sido capaz de robar los nutrientes de mi cuerpo, el suministro sanguíneo y la inmunidad, y los había usado todos contra mí. ¿Cómo podría superar a este parásito?

Los parásitos prosperan y se reproducen sin freno hasta que su fuente de alimento se agota o el huésped muere. Lamentablemente, con el cáncer suele ser lo último. ¿Cómo hambrear al cáncer sin hacerme pasar hambre y dañarme a mí misma? Por fuera, parecía súper poderoso, capaz de resistir los tratamientos más tóxicos, de mutar justo cuando pensabas que te estabas adelantando. Una astuta pequeña bestia. ¿Pero era realmente poderoso, o simplemente se redirigía por cualquier vía que quedara desbloqueada? ¿Y si bloqueabas todas las vías? ¿Cuántas había? ¿Era una tarea imposible averiguarlo? ¿Era solo el IGF-1 y la glucólisis aeróbica, el Efecto Warburg? Si era así, ¿por qué era tan difícil de tratar? Debía de haber otras vías metabólicas que necesitaban ser bloqueadas.

La investigación del cáncer se estaba volviendo cada vez más reduccionista; los científicos examinaban partes cada vez más pequeñas del genoma del cáncer y luego dirigían su atención al sistema inmunológico cuando los tratamientos genómicos les fallaban. ¿Qué había fallado en la inmunidad del paciente para permitir que el cáncer prosperara? ¿Qué había llegado primero, la inmunidad alterada o el cáncer? ¿Y si la inmunidad alterada era resultado de un metabolismo alterado y la inflamación? Si era así, atacar el sistema inmunológico sería inútil a menos que se apagara el metabolismo alterado y se desactivara la inflamación. Además, ¿cómo había comenzado el cáncer? ¿Habían los investigadores y los médicos ortodoxos perdido de vista el panorama general?

Me tumbé allí pensando en lo diferente que era la célula cancerosa a una célula normal. Había sido reprogramada para dividirse sin parar y hacer dos células «hijas» y para ello usaba enormes cantidades de nutrientes. En un nivel muy básico, las células están compuestas de varias proteínas (enzimas, orgánulos, ácidos nucleicos, etc.) encapsuladas por una membrana grasa. Cada célula cancerosa necesitaría tanto la grasa necesaria para las nuevas membranas celulares como las proteínas para construir nuevas estructuras celulares internas.

Como construir una casa, necesitas una mano de obra (la energía para construirla) y ladrillos y mortero. Con el cáncer la principal fuente de energía parecía ser la glucosa, pero también necesitaba acceso a grasa y proteína para construir su estructura celular. El proceso era esencialmente el mismo independientemente del tipo de cáncer: pancreático, linfoma o de mama. Privar a estas células de grasa y de la proteína que necesitaban era sin duda importante, así como bloquear la glucosa que usaba para la división celular. ¿Eso significaba que podría funcionar una dieta de inanición? Pero incluso cuando los pacientes tenían caquexia, cuando el cuerpo empezaba a consumirse, el cáncer a menudo seguía prosperando, robando nutrientes de otras partes del cuerpo. Ciertamente parecía ser un problema sistémico, que afectaba a toda la persona, no solo a una zona o área específica del cuerpo.

Iba obteniendo información de cada médico que veía y de todas las revistas que podía encontrar. Seguí modificando mi dieta. Una descripción de mi enfoque probablemente sería una dieta de bajo índice glucémico, baja en inflamación, alta en fibra, principalmente pescatariana de tipo «Paleo», pero baja en grasas saturadas; en otras palabras, la dieta del hombre de las cavernas. Había eliminado las patatas, las berenjenas, los tomates, el ruibarbo, las fresas y todos los cítricos. El pomelo era el peor. Demasiado ácido o inflamatorio para mí. No comía lácteos salvo un poco de parmesano como capricho y ocasionalmente un poco de yogur bioactivo. Se trataba más de cómo mi cuerpo era capaz de digerir los alimentos, el índice glucémico y cómo reaccionaba a los diferentes tipos de alimentos. Si me hinchaba después de comer, debía haber desencadenado una reacción inflamatoria en el intestino, y la inflamación necesitaba evitarse a toda costa.

Las comidas ya no eran una fuente de consuelo como lo habían sido en el pasado y cocinar era una carga añadida a mi ya saturado día, así que mis comidas eran muy básicas. Simples ensaladas con un poco de arroz integral de grano corto bañado en aceite de oliva en el almuerzo. Me preguntaba si este intenso nivel de compromiso era necesario; realmente no había manera de saberlo, pero cuando recordaba las estadísticas sabía que tenía poco margen. Nunca podría volver a mi dieta previa al cáncer.

Si el cáncer necesitaba tanto grasa como proteína para crear dos descendencias idénticas, además de glucosa para obtener energía para crearlas, entonces hambrear al cáncer iba a ser complicado. Necesitaba reducir las tres fuentes de alimento, los «macros» de mi dieta (grasa, carbohidratos y proteínas), y simplemente pasar hambre yo misma podría matarme en el proceso. No parecía ser una solución a largo plazo. Me pregunté si había algunos alimentos que podía comer con seguridad que al cáncer no le gustaran.

Primero vino la reducción de volumen. Los beneficios de la restricción calórica para el cáncer fueron reportados ya en 1914 por Peyton Rous, quien también descubrió que los virus podían desencadenar la enfermedad. Su trabajo sobre una causa viral para el cáncer no recibió el reconocimiento adecuado hasta mucho más tarde; finalmente fue galardonado con el Premio Nobel en 1966. Todavía nadie ha reconocido sus observaciones sobre la restricción dietética en ratones ni su sugerencia de que podría ser útil para muchos cánceres.

Una reducción de volumen me parecía obvia, incluso sin ver esta investigación. Fui comiendo porciones cada vez más pequeñas. Quizás esto solo sería suficiente para inclinar la balanza, debilitar el cáncer y permitir que mi sistema inmunológico recuperara la delantera.

Reducir las proteínas fue relativamente fácil, pero ¿eran las legumbres y las lentejas una sustitución más saludable? No podía estar segura.

En mi búsqueda para reducir las grasas y los carbohidratos simples, varios suplementos llamaron mi atención. La gymnema sylvestre es una hierba ayurvédica india y un ensayo en pacientes diabéticos (tipo 1 y 2) demostró que reducía la glucosa. También parecía elevar los niveles de insulina, lo que podría hacerla un riesgo. ¿Quizás hacía que la insulina trabajara más eficientemente en el cuerpo? Seguía tomando tintura de Mahonia aquifolium, pero nadie más había escrito sobre la berberina, el principal constituyente de Mahonia aquifolium, para el cáncer. No había rastro de ella en ninguna de la literatura.

Si nadie más estaba usando berberina para el cáncer, quizás me equivocaba; quizás no era tan buena como pensaba. En 2002, decidí cambiar la berberina y probar la gymnema en su lugar, ya que el artículo sobre Mahonia (que había mencionado sus efectos antitumorales, antimicrobianos, antiinflamatorios y reductores de glucosa) en el Journal of Herbal Medicine de 1999 se estaba desvaneciendo de mi memoria, ahogado por el desorden de información adicional. Este cambio fue un error en retrospectiva. La combinación podría haber sido mucho mejor.

El hidroxicitrato, de una planta llamada Garcinia Cambogia que se encuentra en la India, era capaz de modificar y reducir la grasa en el cuerpo. Mis instintos afortunadamente eran correctos ya que más tarde descubrí que este compuesto podía bloquear la ATP citrato liasa, que convierte el exceso de piruvato producido por las células cancerosas en ácidos grasos para fabricar nuevas membranas celulares. ¿Pero entonces solo empujaría al cáncer a usar más vías metabólicas glucolíticas u otras impulsadas por grasas? La investigación relacionada con el cáncer no existía para la gymnema ni el hidroxicitrato; todo era sobre la diabetes y la pérdida de peso. Pero los incorporé a mi régimen hambreador del cáncer. Bloquear cada suministro de combustible del cáncer era imperativo.

¿Pero cuántos había? ¿Estaba bloqueando suficientes?

El picolinato de cromo demostró mejorar la sensibilidad a la insulina y el control glucémico, así que quizás haría que la gymnema funcionara mejor y reduciría la insulina. Tomando ambas juntas podrían actuar sinérgicamente. Efectivamente, una revisión posterior de ambos tratamientos por el médico Richard Nahas en 2009 demostró que tanto la gymnema como el picolinato de cromo eran eficaces para el control glucémico.

La niacina-B3. Este precursor de la coenzima NAD (nicotinamida adenina dinucleótido) también tenía propiedades reductoras de grasa. También tiene un efecto beneficioso sobre la insulina, aunque el mecanismo para esto es menos claro. El NAD es importante no solo en la descomposición de grasas, sino también en la descomposición y almacenamiento de carbohidratos, proteínas y alcohol, así como en la señalización celular y la reparación del ADN.

También puede ser muy útil en el período post-tratamiento, cuando el cuerpo necesita reconstruir células con función mitocondrial normal.

Una mayor ingesta calórica se asocia con tasas de cáncer más agresivas y peores de supervivencia, pero ¿era esto resultado de demasiado azúcar, demasiada grasa, demasiada proteína, o simplemente demasiado de todo? Los aceites omega-6 promovían el crecimiento del cáncer; esto era muy claro. Evitaba completamente el aceite de girasol y otros aceites vegetales procesados, ya que empeoraban la inflamación. En contraste, la dieta mediterránea tenía una incidencia de cáncer mucho más baja. Quizás el aceite de oliva era una grasa «segura» para usar a pesar de contener omega-6; su alto contenido de omega-9 neutralizaba el omega-6. La mantequilla la usaba con moderación, aunque contenía las vitaminas A, D y K y algo llamado ácido linoleico conjugado (CLA).

Se informaba que el CLA tenía enormes efectos beneficiosos tanto para la prevención como para el tratamiento del cáncer. Muchas sustancias naturales contienen este ácido graso (mantequilla, queso, grasa saturada en la carne roja), pero quería evitar la grasa saturada, así que tomar un suplemento era la opción más segura.

Periódicamente, el Dr. Callebout revisaba mis suplementos y para mi horror prescribía aún más. Prescribió vitamina K3 y maitake-D-fracción (un extracto de hongos), ambos demostrados para potenciar la inmunidad y mejorar los efectos de la vitamina C intravenosa. También prescribió DHEA (no recomendado para cánceres hormonalmente relacionados), que mejoró mi bienestar e inmunidad y también «hambreaba al cáncer» bloqueando la vía de las pentosas fosfato, parte del proceso de construcción de nuevas moléculas de ADN.

Todos los pacientes de cáncer que investigan su enfermedad se toparán con artículos que relacionan el cáncer con el azúcar, las dietas pobres o los hábitos de vida. El resultado es que además de sentirse mal, hay una sensación tácita de culpa y vergüenza de que de alguna manera han contribuido a causar su enfermedad. En realidad puede que no sea así, a pesar de los informes de que los factores del estilo de vida y del entorno (como los patógenos) y los carcinógenos son responsables de hasta el 90% del cáncer. Evitar los patógenos puede ser imposible a menos que vivas como un ermitaño en el Polo Norte. Los parásitos, las bacterias y los hongos están todos relacionados, al igual que la bien conocida asociación de los virus.

Muchas personas comen dietas espantosas y llevan estilos de vida escandalosos y sin embargo permanecen inmunes al cáncer, mientras que los veganos que se enorgullecen de su estilo de vida saludable también pueden contraerlo. Pero los medios de comunicación propagan esta cultura de la culpa. Esta victimización del paciente es un equipaje indeseable e inútil; los que padecen la enfermedad se someten estoicamente a tratamientos tortuosos y bárbaros con pocas quejas, un castigo que sienten que merecen por no haber sido un modelo de salud antes.

Yo también sentí la autoculpa. Había maltratado mis entrañas toda mi vida, tragando sin pensar alimentos y bebidas que me sentaban mal y me hinchaban o cansaban. Yo también sentí que tenía que ser estricta y dura conmigo misma con una dieta castigadora y agotadora. ¿Había sido de alguna manera negligente y había permitido que se desarrollara el cáncer?

El Dr. Callebout me insistió en la necesidad de resolver lo que pudiera estar mal con mi salud intestinal y comprobar los niveles de nutrientes en mi sangre. Ahora que había pasado por la quimioterapia, sabía que era esencial ser evaluada correctamente y que me revisaran las heces y el perfil de micronutrientes, ácidos grasos, vitaminas y minerales.

Muchos pacientes de cáncer podrán contarte sobre infecciones en el intestino o en el lugar donde se desarrolló el cáncer. Por qué estas infecciones previas se tratan como irrelevantes y no se reconocen en oncología es verdaderamente asombroso. Los oncólogos ven el cáncer como una enfermedad totalmente orgánica que de alguna manera se desarrolló de la nada, ignorando todas las otras infecciones que vinieron antes.

Hoy, mucha investigación emergente se centra en el «microbioma», la colección de organismos que viven en y sobre nosotros, y la naturaleza de nuestra relación simbiótica. Los científicos están tratando de establecer por qué corregir el microbioma tiene un impacto tan grande en la salud del paciente de cáncer, sin importar dónde se haya desarrollado el cáncer.

No estoy sola en mi suposición de que mis intestinos simplemente se ocuparían del abuso dietético, aceptando que la fatiga, la hinchazón y los movimientos intestinales irregulares eran perfectamente normales. No había apreciado con qué facilidad se dañan las paredes intestinales, especialmente en la primera infancia con el uso de antibióticos u otros medicamentos supuestamente «seguros».

Mis propios problemas intestinales pueden haberse originado en una infección a principios de mis veinte años. Estaba de vacaciones con mi familia haciendo windsurf frente a una popular playa turística en Turquía. Después de una serie de fallidos «giros de carving» y consecuentes «caídas de cara», bebí mucha más agua de mar de la que pretendía y un par de días después había desarrollado una neumonía lobar en los pulmones. El mero acto de respirar me producía el ardiente dolor de la pleuritis (inflamación de las membranas pulmonares) y si esto no era tortura suficiente, tuve además una pericarditis (inflamación de las membranas alrededor del corazón), que causó un dolor severo que irradiaba desde el cuello y el hombro hasta el brazo izquierdo. No podía tumbarme, así que las noches se pasaban sentada en cubierta sin poder dormir, mirando las estrellas. Realmente debería haber estado en el hospital.

Un médico local me recetó un ciclo de antibióticos crudos, sin recubrir y fuertes, después de los cuales nada se mantenía dentro, ni siquiera el agua. ¡Nunca había estado tan delgada! Perdí un kilo y medio en una semana hasta quedar en poco más de cuarenta y siete kilos. Todo esto con cuarenta grados de calor y en un barco. Me quedé completamente deshidratada y me sentí tan mal que recuerdo haber pensado que si caía por la borda no tenía ninguna intención de salvarme. Habría resbalado muy felizmente bajo las olas sin volver.

Esos antibióticos deben haber destrozado completamente mi intestino y alterado mi ecosistema microbiano. No tenía ni idea del uso de probióticos en aquellos días. Nadie los conocía. Con las bacterias buenas y malas aniquiladas, mis defensas estaban en su punto más bajo. Bien puede haber sido en ese momento cuando contraje un parásito.

Ahora que luchaba contra el espectro del cáncer, años después, era consciente de que el intestino era el centro de mi inmunidad y que no estaría bien hasta que lo hubiera arreglado. Restablecer un buen «equilibrio intestinal» era una parte crítica del rompecabezas, al igual que reparar mis dañadas entrañas.

Decidí que los períodos de ayuno intermitente podrían permitir que mi intestino descansara, se curara y redujera cualquier inflamación. Como fisioterapeuta era habitual aconsejar reposo y tratamientos antiinflamatorios (como el hielo y el ultrasonido) para una parte del cuerpo dañada, antes del proceso de rehabilitación. El Dr. Callebout era partidario del ayuno intermitente, o alimentación restringida en el tiempo, permitiendo que los intestinos descansaran después de las tres de la tarde hasta la mañana siguiente. El razonamiento era que el hígado es más activo por la mañana y mejor capaz de procesar los alimentos. Esto también privaría de alimento al cáncer, por supuesto.

Me explicó la constante guerra de territorios en nuestros intestinos, el equilibrio de nuestras bacterias beneficiosas (comensales) frente a las malas (patógenas) desplazándose constantemente, especialmente cuando tomamos antibióticos o comemos y bebemos alimentos poco saludables. Los médicos rara vez sugieren un ciclo de probióticos después de los antibióticos o aconsejan mantenerse alejado de los alimentos azucarados durante el tratamiento. Pero si el equilibrio se desplaza en la dirección equivocada y las bacterias patógenas se vuelven más dominantes, pueden acabar secretando suficientes «exotoxinas» para causar una ruptura en el revestimiento intestinal de una sola célula. Este único grosor de celda en nuestras paredes intestinales es todo lo que nos protege de que las infecciones entren en nuestros cuerpos desde el exterior.

Como resultado de las exotoxinas que dañan las células que revisten el intestino, se produce inflamación que afloja las uniones estrechas entre las células. Una vez que estas uniones se interrumpen, crea la condición conocida como «intestino permeable» o síndrome de hiperpermeabilidad intestinal, que si se menciona provoca mucho poner los ojos en blanco en la comunidad médica.

Como no se enseña en las facultades de medicina y las compañías farmacéuticas aún no han desarrollado un medicamento para ello, para muchos médicos el intestino permeable es una condición que no existe. Pero es muy real y nos deja presas fáciles de infecciones oportunistas y también puede desencadenar enfermedades autoinmunes. Por suerte para mí, ya estaba tomando uno de los mejores compuestos curadores del intestino como parte de mi autotratamiento, solo que no lo sabía en ese momento. ¡Hurra por la berberina!

«Tengo tus resultados de las pruebas», anunció el Dr. Callebout en el verano de 2000. «Tienes muy buenos niveles de bifidobacterias y lactobacilos en el intestino inferior, pero me temo que tienes bastantes parásitos llamados Blastocystis hominis.»

«¿Blasto qué?», dije. «¿Parásitos? ¡Qué asco! ¿Cómo me deshago de ellos?»

«Los parásitos son mucho más comunes de lo que crees», dijo. Me sorprendió descubrir lo extendidos que están entre los humanos: hasta el 100% en algunos países más pobres, con

tasas de infección en aumento en otros lugares. En los Estados Unidos, el 23% de la población total estaba infectada con Blastocystis hominis en 2000.

«No será fácil deshacerte de él. Tendrás que seguir un régimen muy estricto», añadió.

Bien. Ya seguía un régimen bastante estricto, así que a por ello. Sabía que se añadiría una lista de más suplementos a mi ya creciente compendio.

«Este parásito protozoo podría ser la causa de tus bajos resultados de tiroides. Los dos están a menudo relacionados», añadió.

Ya tenía algunos de los síntomas clásicos asociados con la infección por Blastocystis hominis, el principal siendo la fatiga grave. Había asumido que era por el cáncer de cuello uterino o mi ajetreado estilo de vida, pero quizás este «maldito» parásito era la razón real. Otros síntomas comunes pueden incluir hinchazón, diarrea, náuseas, flatulencia, dolor abdominal, urticaria y hábitos intestinales variables.

Los parásitos ya no solo infectan a los viajeros al extranjero. Con nuestras comunidades cada vez más migrantes y urbanas, estos pequeños bichos pueden propagarse por una higiene deficiente en la preparación de alimentos, manos sin lavar, incluso a través de nuestros inocentes gatos y perros. Hay una fuerte relación entre el cáncer de próstata y la toxoplasmosis gondii que se encuentra en nuestros felinos peludos.

Re-establecer un intestino sano y deshacerme de este intruso no fue una tarea fácil. Requirió dedicación a la causa, pero sabía que era clave. Sin un intestino que funcionara correctamente nunca podría esperar tener una tiroides o un sistema inmunológico que funcionara correctamente. Nunca iba a tener una recuperación completa sin arreglarlos.

Al final lo que me funcionó fueron varios meses de lo siguiente:

- Una fórmula de suplementos antiparasitarios que contenía artemisia, nogal negro, clavo, hoja de olivo, ajo, extracto de semilla de pomelo y uva ursi
- Clorhidrato de betaína para aumentar la acidez en el estómago
- Enzimas proteolíticas que digieren proteínas, incluyendo bromelina (de la piña) y papaína (de las semillas de papaya), tomadas entre comidas
- Dientes de ajo crudos machacados en un dip de aguacate
- Zinc
- Mahonia aquifolium (berberina)
- Aceites de pescado
- Semillas de lino recién molidas

Se cree que las enzimas proteolíticas digieren la cubierta de proteínas que compone los cuerpos de los parásitos, haciéndoles menos capaces de resistir el tratamiento. Las enzimas deben tomarse entre comidas, de lo contrario se usarán para digerir los alimentos en lugar de

los parásitos. Las semillas de lino estaban en efecto «barriendo» mi colon y ayudando a eliminar físicamente los parásitos anidados en las paredes de mi intestino. La cáscara de psyllium también se usa con este propósito. Esto se unió por supuesto a una dieta de exclusión que ya no contenía trigo ni lácteos, arroz blanco, maíz, bebidas carbonatadas, té negro, café, alcohol ni frutas de alto índice glucémico.

Con el descubrimiento de mi hipotiroidismo (había analizado tanto mi T3 como mi T4), decidí probar una dieta macrobiótica durante tres meses para realmente «ir a por ello» y desintoxicar. En esta dieta incluí caballa y sardinas al menos dos o tres veces por semana para mi proteína, aceite omega-3 y por supuesto algas marinas. Las algas son ricas en yodo, lo que ayudaría con la producción de hormonas tiroideas.

Tengo que decir que la perspectiva de esta dieta no era exactamente apetecible. La información, las recetas y la inspiración escaseaban en 2000 y no soy realmente aficionada a la sopa de miso ni al wakame. Pero perseveré.

Si me equivocaba me ponía furiosa conmigo misma. ¿Es que no quería sobrevivir? ¿Es que no me importaba lo suficiente como para hacer el esfuerzo? La rabia me ayudaba a hacerlo mejor la próxima vez. Aprendí a levantarme después de un fallo dietético, perdonarme y seguir adelante.

Me volví más obsesiva en eliminar los carbohidratos refinados, pero seguía comiendo carbohidratos de liberación más lenta con alta fibra soluble, como los boniatos, mientras seguía tomando los suplementos y mi «sopa primordial», un zumo de verduras, té verde o aceite de oliva.

El Dr. Callebout también me dijo que mis niveles de folato eran muy bajos. El folato y la B12 son esenciales para el «ciclo de metilación», una vía biológica que contribuye a casi todas las funciones importantes del cuerpo, como la desintoxicación en el hígado, la reparación celular y la producción de energía. También ayuda a desintoxicar y eliminar el exceso de estradiol, una hormona fuerte asociada con la estimulación del crecimiento de las células cancerosas.

Con la bendición del Dr. Callebout, tomé un megasuplemento sublingual de 5 g de folato al día durante varios meses, junto con una mega vitamina B12 sublingual. Tanto el folato como la B12 normalmente los producen las bacterias intestinales, por lo que aunque suplementar era una buena idea, tenía que abordar la causa raíz. Son las colonias de lactobacilos en nuestros colones las responsables de la fabricación de estas vitaminas y simplemente suplementar no iba a solucionar el problema a largo plazo. Aprendí que los alimentos fermentados ayudarían a aumentar mi recuento de lactobacilos.

Aunque me habían dicho que mi cáncer no era de origen hormonal, era de la opinión de que la THS que me habían dado, que contenía el fuerte estrógeno estradiol, no era saludable. Quería cambiar a la forma más débil, el estriol. Llevó años de ruegos y discusiones con mis médicos antes de que finalmente persuadiera a mi médico de cabecera para cambiar a los comprimidos Ovestin, muchas veces más débiles que el estradiol pero efectivos para reducir

los síntomas a una dosis de solo 2 mg al día.

También tomé progesterona natural para protegerme contra el cáncer de mama, al principio en forma de crema. Pasé seis años discutiendo de nuevo con mi médico de cabecera, que insistía en que no necesitaba progesterona ya que no tenía útero, hasta que finalmente me recetaron una forma oral micronizada natural con receta, muy diferente de la progestina sintética y carcinogénica que mi ginecólogo de ese hospital del sur de Londres había estado recetando.

No tenía ni idea del extraordinario cambio que haría la progesterona oral: ¡fue como salir de un banco de niebla! No me había dado cuenta del mundo nebuloso en el que había estado viviendo. No solo eso, de repente mi sueño era profundo y reparador. Incluso con melatonina, me había estado despertando y teniendo dificultades para volver a dormirme. Dormir una noche entera era algo que pensaba que nunca volvería a experimentar. Pero esa primera noche usando melatonina y progesterona juntas llegó como una sorpresa completa y muy bienvenida.

Creo en comer alimentos en la forma más biodisponible posible para obtener los máximos beneficios. El brócoli necesita cuatro minutos al vapor. Las espinacas las comía tanto crudas como cocinadas. La fruta la mantuve al mínimo, principalmente manzanas y bayas. Los fundamentos de mi dieta durante los primeros tres meses después de la quimio incluían sopa de miso o avena caliente para el desayuno con algunas bayas. Comía pequeñas porciones de arroz integral, pescado, ensaladas, brócoli y otras verduras crucíferas para el almuerzo.

Comer fuera se volvió imposible, no solo porque rara vez podía encontrar algo que sintiera que podía comer con seguridad (los menús son ahora mucho más variados), sino porque esto era también antes de la prohibición de fumar. A los pocos minutos de estar en un restaurante lleno de humo me dolía la garganta, lo que me ponía estresada y ansiosa.

Hacía zumos a diario. Con retrospectiva, ¡puede que me haya excedido con la remolacha y la zanahoria! La gente a menudo me preguntaba si había estado de vacaciones en el extranjero por mi bonito bronceado... Ups. Mi combinación habitual era apio, manzana, remolacha y zanahoria. No lavaba perfectamente las zanahorias o la remolacha orgánicas. Había leído sobre los organismos del suelo que estimulaban positivamente el sistema inmunológico, pero solo si el suelo había sido debidamente cultivado, orgánico y de una fuente de confianza.

«Hay un nombre para esta obsesión», me dijo una de mis amigas mientras me veía preparar una ensalada. «Se llama ortorexia.»

«¿Qué?», pregunté, bastante segura de que no tenía ningún trastorno alimentario.

«He estado leyendo sobre ello. Es un deseo implacable de comer solo alimentos saludables.»

«Bueno, ¡no es porque quiera, es porque tengo que hacerlo! Difícilmente creo que califique para la brigada hippie abrazadora de árboles todavía.»

Estaba molesta de que no entendiera que para mí no era una moda ni una obsesión nacida de la psicosis. Me sorprendió que alguien pudiera clasificar la alimentación saludable como un trastorno, y mucho menos meterme a mí en esa categoría.

Mi amiga solo levantó las cejas. Obviamente no entendía la relación entre las dietas de alto índice glucémico y el cáncer.

En mi siguiente visita al Dr. Callebout cuestionó la sabiduría de una dieta principalmente pescatariana, con solo pescado, frutos secos y legumbres como fuentes de proteínas.

«Te das cuenta de que necesitas ciertos aminoácidos para construir tus glóbulos blancos», dijo. «Y tus resultados muestran que tienes muy poca arginina. Eso también te ayuda a desintoxicar el nitrógeno y a construir glóbulos blancos, en particular las células asesinas naturales.»

«¿Y no hay arginina en el pescado?»

«Se encuentra en carnes de caza como el venado y el conejo. También tienen perfiles de grasa mucho mejores, con mucho más omega-3 que los animales de granja.»

Y así un poco de carne de pasto rica en arginina y suplementos de arginina entraron en el menú, justo al final de mi limpieza de parásitos. Investigaciones recientes han respaldado esto, demostrando que los niveles elevados de arginina ayudan a las células T a luchar contra los tumores.

Mientras tanto, mi oncóloga estaba muy contenta con mi progreso. Hacía preguntas directas sobre qué suplementos estaba tomando, pero pensé que era mejor no decir demasiado. ¡La lista era demasiado larga para empezar! No había manera de que le pudiera contar sobre la vitamina C intravenosa; era un tema demasiado polémico. Y no estoy segura de lo que habría pensado de la irradiación ultravioleta de sangre o de mi dieta baja en glucemia, rica en yodo, alta en fibra soluble y desparasitante. Así que mantuve la boca bien cerrada.

Logró inscribirme en un ensayo de vacuna dendrítica. Hasta el día de hoy no estoy segura de si ayudó o no (tuve una respuesta débil, «parcial»), pero estaba segura de que era la combinación de modalidades la que ayudó. La irradiación UV de la sangre es una vacuna natural, la vitamina C intravenosa es fabulosa para combatir los patógenos y reencender el sistema inmunológico y yo estaba mejorando mi salud intestinal con mi dieta potenciadora del sistema inmunológico, con hierbas y suplementos, probióticos, MGN3, los hongos maitake, la multifacética berberina. Todo esto debe haber tenido un efecto directo en mi respuesta a la vacuna dendrítica.

Sin embargo, desde el punto de vista médico, mi supervivencia continuada se consideraba debida únicamente a la vacuna dendrítica. Se emocionaron mucho con ella. Odiaba decirles que lo más probable era que hubiera mejorado mis posibilidades de antemano con la vitamina C intravenosa y la mejora de mi salud intestinal. Me dijeron que no esperara ningún efecto a largo plazo. La vacuna solo ayudaría a reducir el componente de VPH de mi enfermedad, que

se consideraba el instigador (aunque es solo parte de una ecuación mayor), pero no era la razón por la que el cáncer seguía propagándose. De hecho, descubrí que era la única paciente de las catorce del ensayo que sobrevivió más de unos pocos meses. Me entristecía que otras mujeres hubieran muerto, y me hizo darme cuenta una vez más de lo afortunada que era de despertar cada día, de sentir el sol en la cara, de haber sido bendecida con algo de formación médica. Sin ella estaba segura de que yo también estaría cinco pies bajo tierra.

Estaba venciendo todas las probabilidades. Me mantenía animada y positiva, felizmente ignorante de la bomba de tiempo dentro de mí.

---

[3]■ The Influence of Diet on Transplanted and Spontaneous Mouse Tumours. By Peyton Rous, M.D. 1914 Rockefeller Institute Laboratories.

[3]■ A. Tannenbaum, and Silverstone. The initiation and growth of tumors. Introduction. I. Effects of underfeeding. Am. J. Cancer. 38: 335-350 (1940).

[3]■ Algunos frijoles son en efecto muy altos en glutamato, un combustible para el cáncer.

[3]■ Hatzivassiliou G. et al. ATP citrate lyase inhibition can suppress tumor cell growth. (2005) Cancer Cell, 8 (4), pp. 311-321.

[3]■ Nahas R, Moher M. Medicina complementaria y alternativa para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Canadian Family Physician. 2009;55(6): 591-596.

[3]■ El ácido nicotínico se usa a veces en combinación con estatinas para bajar el LDL, pero puede aumentar el riesgo de problemas musculares.

■■ La genética es responsable de solo el 5-10% de los cánceres.

■[3] Necesitan mirar la vía PPAR gamma, en mi opinión la más importante para la regulación de nuestro metabolismo.

■■ Qinghui Mu et al. Leaky Gut As a Danger Signal for Autoimmune Diseases. Front Immunol. 2017.

■■ En un ensayo clínico aleatorizado en niños sintomáticos con heces positivas a Blastocystis, las tasas de curación clínica y parasitológica fueron del 94,4% usando Saccharomyces boulardii frente al 73,3% con metronidazol.

■■ Las vitaminas B apoyan la metilación, esencial para la estabilidad del ADN.

■■ Sarcomas, carcinomas hepatocelulares y linfomas pueden ser una excepción en la fase de «privación» del tratamiento, cuando la arginina debe evitarse.

■■ Esta es la razón por la que la vacuna se abandonó para tratar el cáncer avanzado; ahora coinciden en que hace poca diferencia para la supervivencia por sí sola.

— PROGRESO DE LA TRADUCCIÓN —

■ Parte 1: Portada · Agradecimientos · Prólogo · Introducción · 10 pasos · Caps. 1–2

■ Parte 2: Capítulos 3 · 4 · 5 · 6

■ Parte 3 (esta sesión): Capítulos 7 · 8 · 9

■ Próxima sesión: Capítulos 10 al 13 (aproximadamente)

Para continuar, sube el mismo PDF y escribe: «Continúa la traducción desde el Capítulo 10»

Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

PARTE 4 — Capítulos 10 al 13

Continuación de la traducción al español

Capítulo Diez:

Caminando sobre cáscaras de huevo

«¡Te vas a matar si sigues así!», dijo Andrew mientras me veía subir trabajosamente las escaleras hacia mi despacho. «¡Son las diez, deberías estar acostándote! ¡Se supone que debes evitar el estrés!»

«Solo es un correo electrónico. No me llevará mucho tiempo. Bajo en un segundo.»

Pensaba que estaba loca por montar un negocio. Tenía razón. Cuidar mi salud ya era un trabajo a tiempo completo; llevar también un negocio era una auténtica locura. Pero yo no lo veía así. Era una necesidad primaria tener una tarea absorbente que apartara mi atención del cáncer. Quería tener algo que mostrar por mi tiempo en la Tierra, crear estos artículos de tocador y rituales.

Antes de que apareciera el secundario pulmonar, ya había escrito y publicado dos libros enteramente por mi cuenta. Había vendido 10.000 y 5.000 ejemplares de cada uno (BATHrobics y BATHrobics para el Embarazo) a través de WHSmith, librerías y el catálogo Innovations. Ahora quería artículos de tocador para acompañar cada ritual de spa.

Había visitado las oficinas centrales de Boots, The Body Shop y Virgin Vie y había hablado con todas ellas sobre mis ideas. Aunque todas mostraron interés, ninguna parecía dispuesta a pulsar el botón y hacerlo realidad. El problema con las grandes empresas es que estas decisiones se vuelven imposibles; hay demasiado pensamiento colectivo, demasiados obstáculos que superar. Había encontrado el mismo problema para encontrar un editor para mi libro impermeable años antes. Al final lo había dado por imposible y publicado por mi cuenta.

¿Qué demonios? Si había publicado un libro sin experiencia alguna, ¡seguro que podía crear artículos de tocador! De todos modos ninguna de las empresas con las que había hablado producía exactamente los productos que quería para mis rituales. Encontrar un fabricante a contrato y un químico, buscar envases y diseños, vender a farmacias y grandes almacenes… ¿qué dificultad podía tener? Vaya. Era agotador.

Con mi enfermedad y la creciente conciencia de la toxicidad de nuestro entorno, me di cuenta de que mis formulaciones iniciales no eran ni de lejos lo suficientemente buenas para lanzarlas al mercado de la belleza. Mis primeras creaciones contenían parabenos, conservantes que imitan los estrógenos, y algunas tenían sulfatos y trietanolamina. ¡Nunca habría podido venderlas con la conciencia tranquila! Quería estar orgullosa de ellas, 100% segura de que eran de primera calidad y no tóxicas. Así que, a un costo enorme, toda la gama fue reformulada con ingredientes limpios, ricos y naturales.

Entre visitas al hospital e infusiones de vitamina C intravenosa, había conseguido ver a los compradores de John Lewis, Debenhams y House of Fraser, y todos habían hecho grandes pedidos. Iba a hacer de esto un éxito, estaba segura. Pero después de varios años de este

frenético estilo de vida, la fatiga era abrumadora y mis marcadores sanguíneos estaban subiendo lentamente de nuevo hacia el límite superior de la normalidad. Estaba preocupada.

Había mantenido todos mis suplementos, mi dieta y el ejercicio, y durante los primeros años había parecido casi invencible, resistente a cualquier resfriado que se cruzara en mi camino. «¡Ningún bicho que se respete a sí mismo va a vivir en mí!», solía decir cuando todos a mi alrededor sucumbían a los resfriados y la gripe.

Sabía que algo no iba bien. Aunque me describiría a mí misma como funcional, estaba constantemente agotada. El tipo de letargia implacable que realmente te arrastra hacia abajo. Levantarme de la cama y subir un tramo de escaleras me dejaba sin aliento. Pero las ventas, las relaciones públicas y los pedidos necesitaban ir en paralelo con la producción, así que no podía permitirme estar cansada. Sabía que estaba asumiendo demasiado, pero el fracaso no era una opción.

La fatiga fue empeorando de forma constante. Por la noche me despertaba empapada en sudor. No solo un poco, sino completamente. ¿Era este un efecto secundario de toda la quimio? ¿No eran suficientes mis hormonas? ¿O la fatiga y los sudores nocturnos eran perfectamente normales? Mi sexto sentido me decía que necesitaba investigarlo.

Había visto al Dr. Kingsley y al Dr. Callebout. Dos opiniones eran buenas, tres eran mejores, así que decidí ver también al Dr. Kenyon.

Una de las pruebas que realiza el Dr. Kenyon es el Análisis de Sangre en Vivo, que consiste en examinar la sangre bajo un microscopio de campo oscuro. Hay muchos que se burlan de esta prueba básica (como de costumbre, hay una bonita pieza despectiva en Quackwatch) y con razón, ha sido usada por entrenadores personales y gimnasios para «leer» la sangre. Pero con un intérprete cualificado es absolutamente fascinante: puedes ver en un instante lo que está pasando dentro de tu cuerpo en tiempo real.

También es una prueba bastante fácil de realizar. Te pinchas el dedo, se recoge sangre en una serie de portaobjetos y se examina. «Campo oscuro» simplemente significa que se pone sobre un fondo oscuro para que sea más fácil ver los glóbulos rojos y blancos y cualquier hongo.

El Dr. Kenyon y yo nos sentamos allí en silencio. Miramos el portaobjetos durante un minuto mientras él movía el microscopio.

«Hmm. Todos están apilados en formaciones de rouleaux», dijo.

«¿Es eso habitual?»

«Bueno, es común que un paciente de cáncer tenga algunas formaciones de rouleaux. El cáncer provoca la liberación de factores de coagulación anormales y factores inflamatorios llamados citocinas, que causan fibrinógeno pegajoso en la sangre. Habrá que tener cuidado para evitar que se formen coágulos.»

«Pero eso parece un montón de rouleaux, en toda la sangre. ¿Y seguramente ya no soy una paciente de cáncer? ¿Son estos rouleaux solo resultado de la quimio? ¿Es esto peor o mejor que en otros pacientes?», pregunté.

«Vamos a tener que monitorizarlo», dijo.

¡No me extrañaba estar agotada! Con estos «rouleaux», las pilas de glóbulos rojos apilados unos encima de otros, anormalmente cubiertos de fibrinógeno pegajoso causado por la inflamación, ¿cómo demonios iban a poder pasar por los capilares, recoger oxígeno eficientemente en los pulmones y luego entregarlo a los tejidos? No es de extrañar que los coágulos sanguíneos y los ataques al corazón sean comunes después de un diagnóstico de cáncer. Y explicaría la fatiga extrema y la falta de aliento.

Me había convencido a mí misma de que debía estar mejorando, de que a medida que me alejaba del diagnóstico debía ir poniéndome más sana con mi estricto régimen y estilo de vida, a pesar de los síntomas obvios que apuntaban a lo contrario. Había estado en negación.

Un análisis de sangre en vivo repetido unas semanas después mostró, para mi consternación, que estaba empeorando. Los «rouleaux», he leído desde entonces, son indicativos de condiciones graves, incluido el cáncer.

Me pregunté si quizás tenía otra metástasis desarrollándose en algún lugar de mi cuerpo, pero mi marcador SCC (carcinoma de células escamosas) seguía en rangos normales, lo que apuntaba a un no. Eso era un alivio. ¿Entonces qué estaba pasando? La inflamación y la hipoxia, una falta de oxígeno, se sabe ahora que promueven el cáncer. ¿Me estaba dejando abierta a más problemas?

Necesitaba subir el listón. Pero había sido tan buena, tan «ortorréxica» como me habían dicho. Pero me di cuenta de que me había relajado con varios de mis suplementos, incluida la aspirina. Lo que fuera que estaba haciendo, no era suficiente. Era increíblemente descorazonador.

Llegué a casa sintiéndome baja de ánimo y casi no le dije nada a Andrew sobre mi visita. No quería que supiera hasta qué punto estaba preocupada. Le dije que todo estaba bien.

Al mismo tiempo, me sentí aliviada de haber descubierto al menos una razón para mi fatiga. Si hubiera dependido del NHS, no habría tenido ni idea, ya que nadie estaba relacionando nada con un posible trastorno sanguíneo.

Lo primero que hice fue tomar un poco de aspirina. Ese cirujano de 1999 había sembrado la semilla de la duda al respecto, pero debería haber confiado más en mis propios instintos. Ahora me preguntaba si podría haber evitado esta situación por completo si la hubiera tomado todos los días.

Después de un mes tomando aspirina, más aceites de pescado, nattocinasa, picnogenol y enzimas proteolíticas, los rouleaux habían empezado a romperse un poco. Todos tenían efectos anticoagulantes y la aspirina también rompería las plaquetas que se pegaran entre sí. Había mejorado el fibrinógeno pegajoso y reducido la inflamación, pero esto no aliviaba la

expresión de preocupación en la cara del Dr. Kenyon.

Me preguntó si los sudores nocturnos estaban mejorando.

«No, todavía son muy malos. ¿Es una respuesta retardada post-quimio?»

Hizo una pausa, levantó la vista del campo oscuro y dijo: «Parece que tiene algunos glóbulos rojos de forma extraña.»

Me preguntó de nuevo sobre mi historial de tratamiento, la cantidad de quimio y radioterapia que había recibido. Empecé a sentirme inquieta.

Me mostró el portaobjetos. Cuando lo mirabas de cerca podías ver que muchas de las membranas de mis glóbulos rojos estaban deformadas o rotas.

«Necesitamos hacer algunas pruebas adicionales», dijo.

Empecé a entrar en pánico. «¿Cree que podría estar desarrollando leucemia?» Recordé que el daño en la médula ósea tanto por la quimio como por la radioterapia conllevaba ese riesgo.

«Realmente no puedo estar seguro en este momento. Necesitará un diagnóstico formal de su oncóloga. Veamos qué dicen los análisis de sangre.»

La médula ósea es donde se forman los glóbulos rojos. Junto con los glóbulos blancos, tienen una renovación rápida que los hace muy vulnerables a la quimioterapia y la radioterapia. El daño cromosómico al ADN por los tratamientos puede llevar a un número reducido de glóbulos blancos y, si tienes muy mala suerte, a glóbulos rojos formados de manera anormal. En lugar de ser discos bicóncavos bien formados, mis glóbulos rojos ahora tenían espículas extrañas que sobresalían de los lados. Sabía que la leucemia se veía con más frecuencia en pacientes más jóvenes, pero estaba decidida a que no me ocurriera a los treinta y nueve años. Cuando la leucemia era resultado de un tratamiento previo, el cáncer era rápido y fatal. Generalmente en semanas. ¿Viviría para ver mi cuarenta cumpleaños?

Gemí. Sabía que mi pobre médula ósea pélvica debía haber sido golpeada muy duramente con la quimio y la radioterapia. Mi oncóloga me había dado una dosis enorme de ambas en 1994, y luego una dosis mayor de quimio en 1999, aunque después de tres rondas la había persuadido para que la bajara. La esperanza era darme unos meses extra, al diablo con el riesgo de más cáncer. Pero en cambio yo había sobrevivido contra todas las expectativas.

Era un golpe tremendo. Me encontraba a cuatro años del diagnóstico secundario y a nueve del diagnóstico primario. Aparentemente el momento cumbre para que ocurriera una leucemia relacionada con el tratamiento. Me sentí enferma. Una vez más el tiempo para encontrar la respuesta podía ser escaso. Decidí guardarme todo esto. Preocupar a Andrew en esta etapa sin más información significaría que los dos entráramos en pánico. No me había acompañado a estas consultas ya que viajaba mucho por trabajo, así que no quería distraerle. Había poco que pudiera hacer. ¿Pero qué podía hacer yo? Cuando llegué a casa fue directamente de vuelta a la estación de investigación.

Leí que los rouleaux están presentes en los mielomas y la leucemia mieloide aguda. Los síndromes «mielodisplásicos» (glóbulos rojos de forma anormal) después de la quimio o la radioterapia progresan rápidamente hacia la leucemia mieloide aguda. Los cánceres sanguíneos relacionados con la terapia tienen un pronóstico malo, mucho peor que otros cánceres sanguíneos y representan menos del 10% de los casos de leucemia. Mierda, mierda, mierda. Pensé que había hecho todo lo que podía. Me había esforzado tanto. ¿Iba a morir, no por el cáncer original sino por el tratamiento tóxico que había recibido? ¿Me había sometido a demasiado estrés con mi negocio y había permitido que esto se desarrollara? Casi con toda certeza.

¿Cuál era el tratamiento para la mielodisplasia o la LMA? Más quimioterapia. Se usaba un tratamiento con retinoides (un tipo fuerte de vitamina A) para la leucemia mieloide crónica. O un trasplante de médula ósea, pero este no se ofrecía a pacientes con cáncer previo.

Quizás la situación no era tan mala. Me dije que no me pusiera en pánico, que me «quedara en el presente» hasta que volvieran los resultados de las pruebas.

Cuando llegaron un par de semanas después, esta vez llevé a Andrew a la cita conmigo.

El Dr. Kenyon me entregó un papel con los resultados. «¿Qué significa todo esto?», pregunté. Estaba mirando rangos normales y cada prueba mostraba que mis resultados estaban muy fuera de rango. El marcador tumoral TM2PK parecía ser particularmente alarmante. Sabía lo que significaba.

Me entregó otra hoja. «Estos fueron los resultados del otro análisis de sangre», dijo, su cara revelando poco.

«La proteína p53 eliminada, combinada con los otros resultados sanguíneos y su fatiga y sudores nocturnos, significa que realmente va a necesitar hablar de todo esto con su oncóloga. Ella podría sugerir más quimioterapia.»

¡Más quimio! De ninguna manera. Haría cualquier cosa para evitarla.

El gen p53, recordé, era un supresor de tumores. ¡Mierda! Con este gen eliminado significaba que los frenos estaban desactivados para que el cáncer se extendiera por mi sangre y médula ósea. Miré los resultados de nuevo e intenté mantener la calma. No quería asustar a Andrew. Pero el pánico me estaba dominando.

«Tiene una respuesta inmune anormal», añadió. «Su lectura de Interleucina 5, que mide su respuesta alérgica o humoral, es muy alta. Sus resultados de Interleucina 12 y factor de necrosis tumoral beta están ambos suprimidos y ambos controlan sus células asesinas naturales. En otras palabras, cuando la respuesta alérgica está elevada, las células asesinas naturales están suprimidas.»

Mi lectura de Interleucina 5 (IL5) era de 26.000 cuando lo normal debía estar entre 3.000 y 4.000. ¿Pensaba el Dr. Kenyon que estaba en un accidente de coche a cámara lenta, avanzando hacia el impacto de nuevo? Sentí un escalofrío por la espalda. Después de todo lo que había hecho para seguir con vida, quizás iba a morir de todas formas.

«Creo que necesitamos darle más vitamina C intravenosa durante unas semanas», dijo.

«¿Puedo empezar mañana?», respondí. Dijo que haría algunos arreglos. ¡Gracias a Dios que había sido proactiva con mi salud y tenía un equipo listo para ayudar! Esto podría haberse pasado por alto fácilmente con el «estándar de atención» habitual. Los tratamientos convencionales serían lamentablemente inadecuados, como sabía por las estadísticas.

Abracé a Andrew en el aparcamiento del exterior y le aseguré que era un simple «tropiezo», que lo resolvería con la vitamina C intravenosa, que mis marcadores SCC seguían estables. No me atreví a mencionar que casi con toda certeza era otro cáncer, así que simplemente asintió y asumió que todo estaba bajo control.

Cuando llegué a casa llamé a mi oncóloga y le hablé de los anticuerpos de proteína anti-p53 eliminada. Me sorprendió su reacción. Estaba furiosa. «¡No puedes hacerte una prueba así sin el asesoramiento adecuado! ¡Mándame el resultado! ¿Quién ha realizado esta prueba?» Me alteré tanto por su reacción que me quedé sin palabras y no dije nada sobre la mielodisplasia. Un cáncer sanguíneo no era lo primero en su mente; le preocupaba una recurrencia de mi cáncer cervical. Esos marcadores parecían normales. Si descubría que era un posible cáncer sanguíneo, querría darme quimioterapia y esto podría resultar en una discusión. Mejor guardar silencio. Andaba de puntillas entre mis médicos, caminando sobre cáscaras de huevo.

Aún tenía un enorme respeto por mi oncóloga, pero me daba cuenta de los fallos de la ruta convencional y su negación de tratar el metabolismo canceroso anormal. No tenía ninguna intención de seguir el camino convencional si significaba más quimioterapia. Tendría que averiguar cómo afrontar esto sin su ayuda.

Tumbada despierta esa noche, mi mente estaba acelerada. «Podría matarte con todo esto» había sido el comentario casual que había pronunciado al administrar las dosis máximas de quimio y radioterapia en los primeros días. Las palabras negativas tenían una forma de quedarse clavadas en mi cabeza. Estaba tan segura de haberlo estado haciendo todo bien, manteniendo bajo mi marcador sanguíneo SCC. ¿Qué más podía hacer?

Me sentía como si me hubieran dado una patada en el estómago. Había estado avanzando tranquilamente pensando que el camino por delante podría ser accidentado, pero no había esperado este gran golpe de lado que salía de la nada. Había sido proactiva, lista para enfrentarme al monstruo si regresaba. ¡Pero me había preparado para un regreso del cáncer cervical, no de esto! Un cáncer sanguíneo requería un enfoque completamente nuevo, ya que obviamente no respondía a la dieta ni a ninguno de los suplementos. Había estado acercándose sigilosamente a pesar de mis mejores esfuerzos. Con un corazón triste y pesado, sentí que estaba de vuelta al punto de partida. Era verdaderamente devastador.

Quería llorar pero no podía permitirme desmoronarme en la desesperación. Me lo impediría en mis esfuerzos por averiguar qué hacer a continuación. ¡Qué absurdo que el tratamiento para la mielodisplasia relacionada con la terapia y la leucemia mieloide aguda fuera aún más quimioterapia! No solo era tóxica y supresora del sistema inmunológico, sino

que la quimio empeoraba el riesgo de una tromboembolia venosa o un coágulo sanguíneo o algo peor. No iba a tomar más quimio pasara lo que pasara.

Muchos pacientes de cáncer están en riesgo de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, trombosis venosas profundas o embolias pulmonares debido a los efectos del cáncer sobre las plaquetas y el fibrinógeno plasmático. Puede aumentar el riesgo de trombosis venosa de cuatro a siete veces. Este es un efecto secundario no declarado de la enfermedad y sabía que este riesgo estaba subestimado, a pesar de ser una de las principales causas de muerte entre los pacientes. Alrededor del 25% de los pacientes de cáncer mueren posteriormente de un evento cardiovascular, que nunca se atribuye directamente al cáncer, por lo que no se incluye en las estadísticas. La simple adición de una receta de aspirina a dosis baja para cada paciente de cáncer potencialmente salvaría muchas vidas, o al menos prolongaría la supervivencia.

El negocio quedó en suspenso mientras buscaba una respuesta. Tenía que estar ahí fuera, estaba segura, si solo tenía tiempo de encontrarla. Estaba desesperada y aterrorizada. Pero el terror no iba a ayudar. ¿Qué me había perdido? ¡Concentración, concentración, concentración, Jane!

Me había suscrito a varias revistas, una de las cuales era el Townsend Letter for Doctors and Patients. Un artículo anterior sobre un medicamento para enfermedades cardiovasculares llamado dipiridamol me había llamado la atención. Al revisar la literatura, vi de nuevo una mención al dipiridamol. Una pequeña columna en las «Cartas», escrita por un caballero llamado Wayne Martin, me hizo sentar derecha. Su carta describía el dipiridamol, un fármaco antiplaquetario para problemas cardiovasculares, y cómo sus efectos anticancerígenos habían sido ignorados. Mientras leía la carta quedó claro que aquí había un poderoso fármaco anticancerígeno que tenía efectos directos sobre la sangre. Sentí un estremecimiento de emoción al seguir leyendo. ¿Iba el dipiridamol a ayudarme a rescatarme? Estaba segura de ello.

Reproduzco aquí la carta de Wayne Martin porque contiene información muy valiosa. En ella describía cómo el dipiridamol, un inocuo fármaco anticoagulante ampliamente utilizado, había demostrado en un estudio del Lancet de 1985 que el 74% de los pacientes de melanoma en estadio IV sobrevivían cinco años tomando 300 mg al día (frente al 32% esperado). Señalaba que el dipiridamol impedía que las células tumorales circulantes se adhirieran al endotelio vascular, previniendo así la formación de metástasis, y que además privaba al cáncer de adenosina, timidina y uridina, proteínas necesarias para construir nuevo ADN. En el Estudio Europeo de Prevención del Ictus de 1987, añadir dipiridamol al tratamiento con aspirina redujo las muertes por ictus en un 50%, los infartos en un 38% y las muertes por cáncer en un 25%. Martin concluía que el dipiridamol era un fármaco inocuo, barato y con enorme potencial anticancerígeno que la profesión médica había ignorado simplemente porque su patente había caducado.

Me sentí como Alicia en el País de las Maravillas de nuevo, mirando otra botella con la etiqueta «Bébeme». Este fármaco podría ser el salvavidas que necesitaba.

De la carta deduje que el dipiridamol:

• Detendría la formación de coágulos sanguíneos descomponiendo la fibrina

• Detendría la agregación plaquetaria

• Detendría la formación de metástasis

• Trabajaría en sinergia con aspirina y magnesio

• Permitiría que el sistema inmunológico permaneciera intacto y no se desactivara

• Permitiría a las células asesinas naturales acceder a las células cancerosas circulantes

• «Hambrear al cáncer» de nucleósidos para el nuevo ADN celular (p. ej., adenosina, timidina) y retener proteínas en la circulación

Era esto o más quimioterapia. Sin duda iba a tomarlo, suponiendo que pudiera conseguir que me lo recetaran. Era una decisión obvia. Pero con todos estos efectos anticancerígenos, ¿por qué nadie lo estaba usando? ¿Seguramente no era solo porque había perdido la patente y era barato, así que ignorado, olvidado y descartado? Sabía suficiente sobre el funcionamiento de la Gran Farma para saber que esto era más que probablemente la razón.

Wayne Martin escribió en otra carta que los representantes de ventas de Boehringer Ingelheim solían hablar de los efectos anticancerígenos del dipiridamol, pero cuando su primera patente venció, dejaron de mencionarlo. Eli Lilly lo volvió a patentar para trastornos proliferativos como la artritis reumatoide, luego Boehringer Ingelheim recuperó la patente en 1998. Todo un comportamiento muy sospechoso.

¿Quién era Wayne Martin? ¿Un oncólogo conocedor o un médico complementario? Descubrí que no era ninguno de los dos. ¡Y que tenía 91 años cuando escribió esta carta! Murió cuatro años después en 2006, lamentablemente antes de que pudiera estrecharle la mano y darle las gracias por salvarme la vida. Era la persona más extraordinaria, con una mente abierta, curiosa y científica, y un prolífico colaborador del Townsend Letter.

El primer interés de Martin por la medicina se encendió en 1926, cuando tenía 15 años. Su madre, de cuarenta años en ese momento, estaba cerca de la muerte, sufriendo de anemia perniciosa para la que no había cura. Un joven ministro bautista había estado atendiéndola diariamente, listo para darle los últimos ritos, y un día llegó anunciando que todo iba a estar «bien». Había aparecido un artículo en su revista bautista citando una investigación de Harvard donde cuarenta y seis pacientes en estadio avanzado de anemia habían sido curados comiendo medio kilo de hígado al día. El joven Wayne Martin alimentó a su madre con hígado tres veces al día y, efectivamente, después de tres semanas estaba curada. Pero su médico se había burlado del razonamiento. «Ridículo, los médicos no aprenden medicina de la revista bautista.»

Diez mil pacientes al año seguían muriendo de anemia perniciosa hasta que en 1938, doce años después, las empresas farmacéuticas lanzaron una dolorosa inyección de hígado. Funcionó para algunos, pero no para todos. Tuvo que llegar hasta 1948 y el descubrimiento de

la B12 para proclamar finalmente la cura de la anemia perniciosa. Comer medio kilo de hígado rico en B12 habría funcionado efectivamente.

Martin llegó a darse cuenta pronto de que los médicos en EE. UU. solo prestaban atención si había algo que pudieran vender, y solo cambiaban su práctica cuando la industria farmacéutica se lo indicaba. Los médicos son animados a ignorar los estudios, a pesar de que las verdades obvias les miran de frente. Los ensayos clínicos aleatorizados pagados por la Gran Farma eran los únicos datos «aceptables».

Martin identificó cuatro grupos distintos de personas que componen el establishment médico, que en mi propia experiencia describen con precisión dónde nos hemos equivocado con los avances en el tratamiento del cáncer: investigadores honestos y capaces que siguen líneas de pensamiento revolucionarias; hombres igualmente honestos pero cautivados por conceptos falsos; individuos deshonestos o incompetentes que buscan ventajas personales; e investigadores que trabajan para grandes corporaciones con ánimo de lucro que a menudo no tienen capacidad para objetar que su trabajo sea distorsionado o archivado por razones de beneficio económico.

Investigaciones adicionales revelaron que el dipiridamol había sido usado junto con el AZT para pacientes con SIDA en los años 80 por sus propiedades antivirales. ¿Quizás ayudaría contra el VPH, el virus de Epstein Barr, el CMV y otros virus demostrados ahora como vinculados al cáncer?

El dipiridamol me llamaba como una sirena a un marinero. ¿Pero quién podría recetármelo? Decidí preguntarle al Dr. Callebout. Agarrando mi copia del Townsend Letter en la mano, concerté una cita urgente con él. Como el gurú que es, estaba segura de que lo conocería.

Se acarició la barba pensativamente.

«Leí sobre esto en los años 80», dijo. «Me pregunté si alguna vez habría más desarrollos para su uso en el cáncer. Pensé que había caído en el cubo de la basura de la historia, sin volver a ser escuchado. Se pensaba que el dipiridamol era relativamente ineficaz para las enfermedades cardíacas hasta que se usó junto con la aspirina, momento en el que se dieron cuenta de que mejoraba significativamente los efectos de ambos.»

«¿Hay efectos secundarios que deba conocer?», pregunté.

«Bueno, su tensión arterial puede bajar un poco, así que tenemos que vigilar eso, y puede tener algunos dolores de cabeza al principio.»

Realizó algunas comprobaciones de mi tensión arterial y otras pruebas estándar, y no vio ninguna razón para no extenderme una receta de inmediato. ¡Corrí, jadeando, a la farmacia más cercana a por él!

A partir de entonces tomaría tanto dipiridamol como aspirina. Y magnesio. El dipiridamol podría ganarme algo de tiempo. No podía arriesgarme a más quimioterapia. Me sacaría del planeta. Así que comencé con cautela tomando una pastilla de 100 mg de dipiridamol al día

durante una semana y luego lo aumenté a dos veces al día, aunque el artículo había sugerido 300 mg al día.

Estaba nerviosa por lo que estaba haciendo, pero ¿qué tenía que perder?

■■ Un estudio en Hong Kong mostró que tomar aspirina a dosis baja durante siete años puede reducir a la mitad el riesgo de algunos cánceres. «El uso a largo plazo mostró una reducción significativa del 24 al 47% en los principales cánceres del tracto gastrointestinal, incluidos el colorrectal, hígado, esófago, páncreas y estómago.»

■■ La leucemia mieloide aguda relacionada con la terapia es como el sucio secretito de la oncología. El 10% de los diagnósticos de LMA son resultado directo de la terapia previa.

■■ La cimetidina ayuda a revertir la proporción anormal Th1:Th2, pero no hice este descubrimiento hasta 2007.

■■ TM2-PK son las siglas de Marcador Tumoral 2-Piruvato Cinasa (o PKM2), una enzima que las células cancerosas usan para producir su energía, que no está presente en ninguna gran medida en las células normales.

■² Una revisión Cochrane también ha sugerido que el dipiridamol debería usarse en lugar de las estatinas para la prevención. El Estudio Europeo de Prevención del Ictus de 1985 en el Lancet mostró que añadir dipiridamol a la aspirina redujo el riesgo de muertes por ictus en un 50%, las muertes por ataques cardíacos en un 38% y las muertes por cáncer en un 30%.

Capítulo Once:

Un arsenal de grandes armas

Aunque mi descubrimiento del dipiridamol fue como encontrar a un ángel en el infierno, no estaba segura de que fuera suficiente para detener el inminente desastre de la leucemia. Seguía muy inquieta por el estado de mi salud y desesperada por encontrar más «grandes armas». ¿Quizás podría añadir algo a mi combinación de fármacos aspirina/dipiridamol? ¿Qué más podría haberme perdido en la literatura médica? ¿Había otros fármacos que hubieran escapado a la atención de la profesión médica, ignorados u olvidados?

Había archivado varios informes de revistas a lo largo de los años y los revisé todos de nuevo, buscando algo que pudiera no haber visto. Fue entonces cuando me encontré con un artículo sobre la lovastatina en el Journal of the American Association for Cancer Research de 2001. Cinco de veinte pacientes en la Universidad de Toronto, Ontario, que tenían cáncer de cabeza y cuello o cervical, habían alcanzado una enfermedad estable después de que otros tratamientos convencionales hubieran fallado, tomando este simple fármaco de estatina. ¿Pero sería también útil para la leucemia?

También quería prevenir cualquier regreso del cáncer cervical, así que naturalmente lo investigué. Para mí, aferrándome a la vida con las uñas, ¡cualquier cosa que pudiera ofrecer una enfermedad estable era seriamente emocionante!

¿Para qué otros cánceres era buena la lovastatina? ¿Y era la mejor estatina? Encontré varios artículos de investigación del mismo equipo en Toronto, dirigido por Linda Z. Penn, que había estado explorando la lovastatina y su uso para cánceres que respondían a los tratamientos con retinoides. Los retinoides son análogos de la vitamina A y el Dr. Callebout ya me había puesto en una dosis de vitamina A emulsificada con el nombre de A-Mulsin Hochkonzentrat.

La investigación sugería que la lovastatina era más efectiva y menos tóxica. La estatina había causado una apoptosis pronunciada en las leucemias mieloides agudas (¡hurra!) y los neuroblastomas, y también era efectiva para varios cánceres pediátricos, así como para los cánceres de cabeza, cuello y cérvix. Bingo. Otro estremecimiento de emoción recorrió mi columna vertebral.

Pero entonces descubrí algo más. Una de mis lecturas habituales era la revista mensual Life Extension Magazine, una excelente publicación para los pioneros de la salud como yo. Fue en ella donde leí una «carta» estructurada por el editor para que los pacientes se la llevaran a sus oncólogos, que proponía una combinación de una estatina (sugerían lovastatina) y un antiinflamatorio no esteroideo. Esta combinación demostró ser más eficaz para causar apoptosis (muerte celular) que usar solo un AINE (antiinflamatorio no esteroideo) desencadenando algo llamado la «cascada de caspasas».

Era una novedad para mí que un AINE como el ibuprofeno, la indometacina o el celecoxib (pero no la aspirina) causara apoptosis. ¿Cómo me lo había perdido? Pensaba que los inhibidores de la enzima COX 2 que había investigado en 1999 simplemente detendrían su crecimiento. Quizás la aspirina, que había sido el foco principal de mi investigación, no era un inhibidor de COX-2 lo suficientemente potente para realizar esta función apoptótica y necesitaba un AINE más potente para mandarla hacia una espiral de muerte.

Life Extension Magazine sugería el uso combinado de lovastatina y etodolac como un fármaco inhibidor de COX-2 más seguro y mejor tolerado por el intestino que muchos otros. Normalmente se recetaba para la artritis. La revista había seguido un informe del Wall Street Journal que indicaba que los inhibidores de COX-2 estaban resultando útiles para la prevención y el tratamiento de muchos cánceres, ya que la COX era un combustible que los impulsaba.

Pero el dato realmente interesante que compartieron estaba tomado de la revista Gastroenterology, que mostraba que tomados juntos, la estatina aumentaba el efecto asesino del cáncer de un AINE (en este caso sulindac) ¡hasta cinco veces! Había claramente una enorme sinergia entre los AINE y las estatinas para desencadenar este proceso normal de muerte celular.

Esta combinación de estatina y etodolac me llamaba de nuevo, otro elixir perdido en el agujero del conejo. Me pregunté si podría tomar ambos fármacos junto con el dipiridamol. ¿Habría una mala interacción o serían sinérgicos, amplificando aún más sus efectos anticancerígenos? ¿Quién podría recetarme la combinación de estatina y etodolac?

El Dr. Callebout no estaría feliz de recetar aún más fármacos, así que decidí intentarlo con mi oncóloga. Era de mente avanzada y generalmente abierta. Me sentía culpable de estarle ocultando tanto: no me atreví a contarle sobre el dipiridamol, lo que podría echarla para atrás para recetar el etodolac y la estatina. Pero esta era mi vida en la balanza, mi decisión, mi elección, y hablar de mielodisplasia añadiría confusión y retrasos. Tenía muy claro que no quería más quimioterapia, pero si había fármacos que pudieran ayudar, no quería esperar a que el cáncer progresara; los quería ahora.

Con enorme aprensión llevé los artículos y la carta de Life Extension a mi siguiente cita. Esperaba bastante debate y discusión después de su reacción por teléfono a la prueba de proteína p53. De hecho, esperaba que se negara. Pero fue mucho más receptiva a la idea de lo que esperaba. Ella misma había estado investigando el uso de las estatinas. ¡Un golpe de suerte!

«¡Puede que me hayas ayudado a acortar algo de mi investigación!», dijo.

Decidió que en conjunto recetar los dos fármacos «fuera de indicación» (no para su uso previsto) estaba bien, dado mi diagnóstico de cáncer cervical en estadio IV, pero seguía claramente preocupada por mi estado del p53, o la falta del mismo. También me advirtió de posibles problemas intestinales con el etodolac y que estuviera atenta a cualquier debilidad muscular con la lovastatina, que era un efecto secundario poco común.

Prometí tener cuidado.

Cuando salí de la consulta di un grito jubiloso, abracé a Andrew y le dije que iba a estar bien. Estaba segura. Sonrió, contento de que lo que fuera que estuviera pasando iba en la dirección correcta. Tenía toda la fe en su Sherlock Holmes médico.

Comprobaría las interacciones con el Dr. Callebout una vez que tuviera los fármacos en mi poder. La estatina privaría al cáncer de mevalonato y colesterol. El etodolac calmaría su componente inflamatorio COX que impulsaba su crecimiento y lo empujaría a una espiral de muerte (apoptosis) en combinación con la estatina. El dipiridamol privaría al cáncer de adenosina, timidina y uridina (proteínas para fabricar nuevo ADN). Privaría al cáncer de glucosa y otras grasas con mi dieta y suplementos.

Tanto el cáncer cervical como la leucemia estaban impulsados por el gen Ras. Lo había deducido de la investigación. Y el gen Ras controlaba la vía del mevalonato, que producía colesterol. En otras palabras, ambos cánceres se alimentaban de manera similar, así que quizás había una célula madre cancerosa común que había iniciado ambos.

¿Pero bloquear el colesterol sería malo para el resto de mi cuerpo? Mucha gente estaba tomando estatinas a largo plazo y los inconvenientes parecían ser pocos comparados con la quimio. Además, estaba tomando la estatina para el cáncer, no para enfermedades cardíacas. La quimio puede encoger tumores, pero en cuanto a la supervivencia solo ayudaba en un patético 2,7%. La estatina por sí sola parecía estabilizar la enfermedad en la leucemia y el cáncer cervical avanzado. Claramente era una «gran arma». ¿Cuál sería el efecto de añadir todos los fármacos juntos?

Cambiaría la aspirina por el AINE más fuerte durante tres meses, luego volvería a la aspirina si mi estómago estaba bien. Ya llevaba un par de meses con la combinación de dipiridamol/aspirina. La retendría durante un mes mientras probaba la combinación etodolac/estatina. La estatina y el AINE parecían ser los fármacos más importantes para la leucemia, y el dipiridamol podría o no mejorar el efecto. Tomaría marcadores regulares y lo averiguaría.

No tenía nada que perder y todo que ganar intentándolo. La teoría de la «bala mágica» que se había mantenido durante tanto tiempo era un pato muerto. Nunca iba a haber un fármaco que lo curara todo. Eso estaba claro.

Estaba segura de que lo que necesitaba era una combinación de fármacos, atacando desde todos los lados, actuando sinérgicamente. Encajaba con mi enfoque de guerra de guerrillas de golpear al cáncer con muchas balas desde diferentes direcciones en lugar de un golpe más grande y más tóxico de una sola fuente como la quimio, que solo permitía al cáncer redirigrse y volverse resistente.

La lovastatina fue la primera de las estatinas en el mercado, extraída del hongo Aspergillus terreus, y abrió las compuertas a una nueva oportunidad farmacéutica para bajar el colesterol sanguíneo. Se había creado un nuevo mercado de fármacos, fuera necesario o no.

A mí tampoco me importaba. Ni me importaba la falta de ensayos clínicos aleatorizados. Lo único que me interesaba era que había fármacos ya disponibles y que había muchas posibilidades de que funcionaran. No quería esperar quince años para los resultados de un ensayo. Puede que no tuviera quince semanas.

Tomar el dipiridamol y la aspirina durante dos meses ya había hecho caer mis marcadores SCC. No había habido efectos secundarios, ni siquiera dolores de cabeza. Cambié a tomar la combinación de etodolac y lovastatina durante un mes, y antes de añadir el dipiridamol consulté con el Dr. Callebout que combinarlos era seguro. Me dio luz verde. La investigación ya sugería una enorme sinergia y una multiplicación de efectos con el AINE y la estatina. ¿Sinergiría también el dipiridamol y multiplicaría aún más los efectos?

Había calculado que todos los fármacos privarían al cáncer de una manera diferente. Una vez privado de sus principales impulsores metabólicos, la combinación de estatina y etodolac proporcionaría el golpe de gracia, desencadenando la apoptosis una vez que estuviera débil y vulnerable. Al menos eso era lo que esperaba.

¿Pero funcionaría? Estaba a punto de averiguarlo.

■[3] Se demostró que los retinoides ejercen su efecto anticancerígeno actuando sobre la misma enzima (HMGCoA reductasa) que las estatinas para producir sus efectos anticancerígenos deteniendo un sustrato de crecimiento llamado mevalonato.

■■ Differential Sensitivity of Various Pediatric Cancers and Squamous Cell Carcinomas to Lovastatin-induced Apoptosis. Jim Dimitroulakos et al. Clin Cancer Res January 2001.

■■ Puedes descargar la carta de mi sitio web: www.howtostarvecancer.com.

■■ http://clincancerres.aacrjournals.org/content/7/1/158.abstract

■■ La teoría en 2003 era que actuaba sobre el gen Ras, pero era solo una teoría.

Capítulo Doce:

Rata de laboratorio

Tomar este cóctel de fármacos y suplementos fue un enorme acto de fe. Hasta donde yo sabía, nadie había tomado esta combinación de fármacos para tratar el cáncer, y muchos lo verían como demasiado arriesgado por la falta de ensayos clínicos aleatorizados. Estaba segura desde mi investigación de que combinados con mi dieta hambreadora del cáncer, tendrían, como mínimo, potentes efectos anticancerígenos. Reuní cada onza de valentía que tenía y empecé a tomarlos todos juntos como un cóctel.

Autoexperimentar era aterrador. Era como navegar por el Atlántico en niebla densa con solo una brújula de mano, sin cartas y sin radar. ¿Llegaría al otro lado sin hundirme? He navegado por bulliciosas rutas de transporte en el Canal de la Mancha en niebla densa muchas veces y puedo decirte que incluso con GPS, radar y todos los últimos gadgets, cada vez sigue siendo una experiencia aterradora. En ambos casos, el peor escenario posible era impensable.

No tenía ni idea de si mi cóctel me pondría en remisión, ni por cuánto tiempo. Todo lo que esperaba era ganar algo de tiempo extra.

Mis marcadores sanguíneos SCC ya habían bajado solo con el dipiridamol, pero no tenía ni idea de lo que el cóctel de fármacos había hecho a mi resultado sanguíneo de TM2PK hasta que fui a ver al Dr. Kenyon siete meses después para una prueba repetida.

Se sentó allí con una gran sonrisa mientras me entregaba el resultado.

¡Boom! ¡Mis marcadores TM2PK habían caído de 397 a 21,5! ¡Yupi!

¡Casi bailé de alegría!

También estaba atónita. Al principio no me lo creía. ¿Había hecho esta pequeña combinación lo que yo pensaba? ¿Había detenido la progresión de la leucemia relacionada con la terapia, conocida por ser imposible de curar? ¡Un resultado de TM2PK de menos de 15 era «normal», pero una lectura de 21,5 ya era suficientemente buena para mí! ¿Había dado con una combinación metabólica mágica, una manera de hambrear y conquistar mi cáncer?

Andrew y yo lo celebramos tranquilamente esa noche; con el cáncer avanzado nunca hay ninguna certeza. También estaba nerviosa por tomar todos estos fármacos durante demasiado tiempo. Sabía que todos eran de toxicidad relativamente baja (ciertamente comparados con la quimio), pero no estaba segura de qué efecto tendrían a largo plazo. Prefería una ruta natural siempre que fuera posible.

¿Necesitaba seguir con ellos? ¿Volvería el cáncer con furia si los dejaba, como hace con la quimio? Estas eran aguas inexploradas sin ningún punto de referencia. Me estaba inventando el camino sobre la marcha.

Decidí seguir tomando el dipiridamol durante un poco más de tiempo, pero dejé la estatina después de unos cinco meses. Solo tomé el etodolac (ese potente AINE) durante tres meses, ya que estaba nerviosa por el revestimiento de mi estómago. No estaba segura de estarlo tolerando muy bien.

Todos los AINE están asociados con efectos secundarios significativos y deben abordarse con precaución. Además de sus efectos intestinales, menos conocido es que también pueden aumentar el riesgo de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares a largo plazo, especialmente si ya tienes enfermedades cardiovasculares. El celecoxib, inicialmente aclamado como la respuesta porque era un inhibidor selectivo de COX-2 con menos efectos intestinales (como el etodolac), casi fue retirado del mercado cuando salieron a la luz sus importantes riesgos cardiovasculares.

Pero el dipiridamol actúa de manera opuesta, relajando los vasos sanguíneos y bajando la tensión arterial, inhibiendo la agregación plaquetaria, deshaciendo todos los efectos negativos del AINE. Así que un AINE combinado con dipiridamol parecía un matrimonio ideal, y sin que yo lo supiera en ese momento, la estatina mejoraba incluso más el riesgo cardiovascular actuando en sinergia con el dipiridamol. Las estatinas liberan óxido nítrico endotelial, haciendo que el dipiridamol se comporte como una especie de Viagra suave (inhibidor de PDE), relajando y mejorando el flujo sanguíneo.

En 2011 y 2014, Linda Penn y Aleksandra Pandyra del Instituto de Investigación del Cáncer de Ontario publicaron más resultados sobre su trabajo con las estatinas. Señalaron la potencia de la combinación estatina/dipiridamol para la leucemia, el mieloma y el cáncer de mama, causando apoptosis en múltiples líneas celulares. Tenía razón sobre sus efectos sinérgicos: la combinación de estatina y dipiridamol era sinérgica e inducía apoptosis en múltiples mielomas y líneas celulares de LMA y muestras primarias de pacientes, sin afectar a las células mononucleares de sangre periférica normales. Esta novedosa combinación también disminuía el crecimiento tumoral in vivo.

El progreso durante los meses siguientes fue bueno. Después de tomar mi combinación de etodolac, estatina y dipiridamol, mis marcadores sanguíneos se mantuvieron dentro de niveles normales, pero mi sistema inmunológico seguía desequilibrado. Ya no era resistente a los resfriados y la gripe; de hecho, me dejaban fuera de combate durante semanas.

«Al menos tu sistema inmunológico está funcionando», dijo el Dr. Callebout. «Con enfermedad avanzada normalmente se apaga, y te quedas sin ninguna reacción a las bacterias y los virus.»

¿Era esto por qué había sido tan «resistente» antes? ¿No porque estaba sana, sino porque seguía teniendo enfermedad avanzada y sin reacción? ¿Habían ayudado en algo los nutrientes potenciadores del sistema inmunológico, o había estado combatiendo el fuego con una pistola de agua?

■■ Excepto en el caso de la aspirina.

■[1] Este riesgo cardiovascular se debe a que, además de inhibir las malas prostaglandinas que causan inflamación y dolor, también inhiben las buenas prostaglandinas que dilatan los vasos sanguíneos, lo que resulta en tensión arterial más alta y mayor riesgo de coagulación.

■[2] A Pandyra, L. Penn et al; Immediate Utility of Two Approved Agents to Target Both the Metabolic Mevalonate Pathway and Its Restorative Feedback Loop: Cancer Research July 2014. «Hubo una inducción dramática de apoptosis cuando se combinó atorvastatina con dipiridamol, sin ningún efecto de ninguno de los fármacos por sí solos.» Fue la combinación, la sinergia, lo que fue importante.

Capítulo Trece:

Regalos y dragones

Mis amigos no tenían ni idea de mis continuas preocupaciones sobre el cáncer. Incluso Andrew no sabía lo cerca que había estado de otra crisis. No iba a hacer de ello un gran problema. Todo estaba bajo control.

Ni siquiera me había sentido enferma ni estresada con mi cóctel de fármacos. No había tenido náuseas. Nada. La aparente facilidad me convencía de que otros pacientes podrían curarse de sus cánceres de manera similar. Rebosaba de confianza en que lo había «resuelto». O al menos una parte. La respuesta parecía clara. Hambrear al cáncer era el camino correcto y mi cóctel había sido espectacularmente eficaz. ¿Funcionaría para otros cánceres en estadios diferentes?

Cuando miré el estrés al que había estado sometida, no era de extrañar que hubiera desarrollado la mielodisplasia. Había estado desesperada por lanzar el negocio, por producir esta nueva gama de artículos de tocador, pero a un gran coste para mi salud.

Estos artículos de tocador y rituales de spa eran mis bebés, que tapaban el agujero en mi vida y alejaban mi atención del cáncer. Estaba orgullosa de haber conseguido producirlos y venderlos tan ampliamente: mis primeros pedidos antes incluso de lanzarlos ascendían a 120.000 libras. No era un mal comienzo. Pero crear la marca fue relativamente fácil comparado con conseguir el dinero, producir la mercancía y luego entregarla a las tiendas. Como mujer que empezaba un negocio por su cuenta, me encontré con muchos obstáculos. Los bancos no me prestaban ni un penique.

Entonces llegó el desastre. Los fabricantes cometieron un error en la producción. Eliminar los parabenos había resultado demasiado difícil para ellos y descubrí más tarde que era algo que nunca habían hecho antes. Como resultado, los artículos de tocador no se habían conservado correctamente y para mi consternación descubrí que todos los productos que habían suministrado contenían el mismo bicho, lo que apuntaba a malas prácticas de fabricación. Todo el stock tuvo que ser destruido. Estaba destrozada.

El otoño de 2001 lo pasé llorando a mares mientras cada céntimo de los ahorros que tenía en el banco desaparecía. Estaba desolada. Todo ese esfuerzo desperdiciado. Tendría que encontrar un nuevo proveedor y empezar de nuevo, pero sin dinero en absoluto. Mi miserable acuerdo extrajudicial con el hospital del sur de Londres se había agotado. ¿Dónde encontraría financiación y apoyo ahora?

Finalmente, usando una combinación de financiación comercial por operaciones, reuní suficiente dinero, encontré un nuevo proveedor y empecé de nuevo. ¡No era una mujer que aceptara la derrota en ningún área de su vida! No era una persona que se rindiera.

Al año siguiente, en septiembre de 2002, finalmente lancé una gama de la que estaba verdaderamente orgullosa. Limpia, natural y de olor maravilloso. Lamentablemente había perdido algunos de los pedidos iniciales del año anterior, pero aun así suficientes distribuidores seguían creyendo en la nueva gama de artículos de tocador y volvieron a hacer pedidos en cantidades decentes. Cuando mi ritual de spa de treinta minutos con maravillosos artículos de talasoterapia (Bathrobics Beauty Spa) finalmente llegó a las estanterías, la respuesta del público y la reacción de la prensa fue extraordinaria. ¡Estaba encantada!

Sin esperar nada, inscribí mi pack Beauty Spa en el codiciado concurso Gift of the Year. Para mi sorpresa fui preseleccionada e invitada a la Ceremonia de Premios. Cuando anunciaron que había ganado, me quedé verdaderamente atónita. ¡Fue una sorpresa y una alegría que me entregara el premio la adorable comediante Ruby Wax en el Hotel Savoy de Londres. ¡Un momento de orgullo!

Aunque había mantenido mis propios problemas de salud en silencio, seguía comentando los efectos promotores de la salud de los productos y los ingredientes limpios que utilizaba. Pasé tiempo educando a los compradores de todos los principales distribuidores. Un comprador señaló que había cambiado todo el rumbo del negocio de artículos de tocador en el Reino Unido. No estoy segura de poder atribuirme ese mérito, pero era apasionada en cuanto a eliminar los productos químicos tóxicos.

Mantener el negocio a flote después de su tambaleante inicio se estaba volviendo cada vez más difícil. No podía permitirme contratar personal, me ahogaba en papeleo, hacía malabarismos con la fabricación, las ventas y las relaciones públicas, y fui lo suficientemente loca como para crear otras dos gamas más: dos rituales con una gama de productos para el Embarazo y luego mi pack de Tranquility Spa. Intentaba correr antes de saber caminar, haciendo el trabajo de diez personas. Era una locura de ajetreada.

Necesitaba un socio comercial y estaba desesperada por conseguir inversión. Andrew estaba demasiado ocupado con sus propios proyectos para darme ninguna ayuda. Hasta que mi negocio obtuviera un beneficio saludable, él tenía que concentrarse en mantener los fuegos del hogar encendidos.

Una mañana de junio de 2004, mi contable entró y me entregó el periódico Evening Standard. Había visto un pequeño anuncio:

«¡Mira! Un nuevo programa en la BBC2 para ideas de negocio que necesitan inversión.»

Bueno, podría merecer la pena intentarlo.

Y así me presenté a este nuevo programa llamado Dragon's Den (El Tanque de los Tiburones). Para entrar necesitaba presentar un plan de negocio y previsiones de flujo de caja para cinco años, lo que duly envié. Una semana después recibí una llamada y una invitación para una entrevista. ¡Vaya! ¿En qué me había metido?

Aquí estoy, corderita al matadero, entrando en el «tanque»…

¡Tener una enfermedad terminal al mismo tiempo que ser la única propietaria de un negocio no es exactamente un gran argumento para conseguir inversión! Así que nunca dije ni una palabra. Parte del proceso de entrada era una declaración de que estabas en buen estado de salud. ¿Había tenido alguna operación importante en los últimos tres años? No. Habían sido casi cinco años. ¿Había sufrido algún ataque cardíaco o alguna afección del corazón? No. En ningún lugar preguntaban: «¿Le han diagnosticado un cáncer terminal en los últimos cinco años?»

Había algunas preguntas indagatorias sobre salud mental. Me imagino que algunos participantes están tan consternados después de su experiencia en el tanque que sufren colapsos mentales. Sí, podría decirse que había sufrido depresión, pero era una reacción completamente natural a mi situación. No iba a describir mi intensa tristeza como una enfermedad.

Dragon's Den era completamente nuevo. Se estaba grabando para la BBC2, en mi mente un bastión de la anticuada cortesía inglesa, conocida por sus programas informativos y educativos. ¿Seguramente no seguirían la misma técnica de acoso desde la butaca, verdad? Este sería un foro empresarial adecuado con debates empresariales adecuados, ¿no?

Equivocada. Todo era por las cifras de audiencia. En la estela de estos programas de telerrealidad quedan personas reales con medios de vida reales, descartadas fríamente sin ningún cuidado. Propietarios de negocios que quedan con el ego golpeado y maltrecho y su confianza destrozada, un ingrediente crucial para el éxito en cualquier negocio. Si tienes una idea de negocio, mi consejo es que evites aparecer en el programa, por muy tentador que sea el PR adicional.

Como uno de los primeros participantes no tenía ni idea de lo agotadora que podría ser la experiencia. Me habían entrevistado un investigador de la BBC con una videocámara en una sala lateral del tamaño de una caja de zapatos en la parte trasera de la BBC en White City. No exactamente una gran preparación. Me dijeron muy poco salvo que me presentaría ante cinco «dragones», personas «exitosas» del mundo empresarial. Me dijeron que preparara una presentación de tres minutos sobre mi negocio y luego me harían preguntas sobre los números, las proyecciones, los planes de marketing, etc. Todo bien.

Había elaborado previsiones de flujo de caja con mi contable y todo parecía prometedor. Excepto que la BBC me llamó el día anterior a la grabación y me dijo que tenía que cambiar mis proyecciones ya que los dragones no iban a invertir 250.000 libras, que era la cifra en la que había basado mis flujos de caja. Tenía que pedir un máximo de 100.000 libras. Para un negocio de artículos de tocador que ya suministraba a los principales grandes almacenes, además de muchos otros puntos de venta, y que buscaba expandirse a EE. UU., esta cifra no era ni de lejos suficiente. Protesté pero insistieron. Estaba molesta de que me estuvieran cambiando las reglas del juego en el último momento.

Llegué al plató en taxi, cortesía de la BBC, con una mezcla de inquietud y emoción. Mis preocupaciones no se aliviaron con la actitud del personal, que nos trataba como si fuéramos ganado. Me metieron a empujones en una pequeña sala junto con otros participantes con

apenas sitio para estar de pie, y mucho menos sentado. Estuve apoyada en el borde de un sofá durante aproximadamente una hora antes de que me llamaran.

El programa se grabó en octubre de 2004 y estaba previsto emitirse en febrero de 2005. Ninguno de nosotros sabía realmente qué esperar. Había un gran aire de misterio y aprensión. Una vez que habías entrado en el tanque y dado tu presentación, se te prohibía volver a la Sala Verde. No había ningún feedback sobre lo brutales que eran estos dragones. No teníamos ningún aviso previo en absoluto. En cuanto habías sido expulsada de la sala, en muchos casos escupida, te hacían una rápida entrevista con Evan Davis, un conocido comentarista financiero de la BBC, y luego te escoltaban directamente a un taxi y te mandaban a casa.

Antes de entrar, me llevaron a un lado y me dijeron que no podía llevar todos mis productos a la sala, ya que solo tenían una pequeña mesa de exposición. ¿Qué? ¿Y todos mis recortes de prensa? Tenía citas tan brillantes: OK Magazine, Cosmopolitan, Sunday Times, Daily Mail, Daily Express, la lista era extensa. Les habían encantado mis productos. No. No se permitía. ¿De verdad? ¿Cómo iban a hacerse una idea de la gama completa de mis productos y la reacción del público con solo un puñado de productos y sin recortes de prensa? Estaba furiosa. Era una broma.

Me di cuenta muy rápidamente de que el programa estaba siendo manipulado, apilado a su favor. Iba a ser un objetivo. Estaba desanimada; estaban cambiando las reglas del juego como habían hecho con los flujos de caja. Tuve que tomar una decisión rápida. ¿Debería entrar? Seguía teniendo confianza en que mis productos se venderían solos; no había nada como ellos en el mercado. Pero consideré seriamente echarme atrás.

Lo intentaría. Daría un poco de publicidad a la gama y sabía que no buscaba solo el dinero; necesitaba un socio comercial. ¿Estarían estos dragones interesados en arremangarse y participar en mi negocio? Tendría que hacer ese juicio.

Mi presentación de tres minutos, que nunca se mostró en televisión, había sido perfecta. Pero rápidamente me di cuenta de que las caras en blanco frente a mí nunca iban a invertir. Mi negocio tenía deudas históricas y en retrospectiva me di cuenta de que a menos que estuviera obteniendo un beneficio saludable en ese momento o tuviera una jugosa patente que pudieran adquirir por casi nada, estaba perdiendo el tiempo. Cualquier cosa que requiriera el más mínimo esfuerzo o tuviera problemas de deuda no les interesaba. No hice ninguna mención al cáncer; los productos eran suficientemente buenos para venderse por sí solos sin ningún chantaje emocional como el que veías en programas como X Factor. Desde luego no quería compartir mis luchas de salud con estos individuos desagradables.

Rachel Elnaugh, la única mujer de los dragones, fue la peor del grupo. Cuando les dije que había tenido mala suerte con un mal proveedor y había perdido más de 120.000 libras de pedidos en el momento en que el negocio acababa de empezar, fingió simpatía y luego intentó repetidamente empujarme a las lágrimas. Creo que intentaba mostrarme como «débil». Conocía su juego.

Los «dragones» tampoco entendieron en absoluto que los artículos de tocador no tóxicos sin parabenos, sulfatos y otros ingredientes tóxicos eran el futuro de este mercado. Lo expliqué, pero seguían sin entenderlo. Rachel me dijo con voz burlona: «The Body Shop ya ha hecho lo natural. Este mercado ya está saturado.»

Cuando me preguntó sobre mis planes para el futuro, dije como posible escenario, uno que pensé que quería escuchar pero que no era necesariamente el que yo quería seguir: «Bueno, esperaría vender la gama algún día a una empresa como Estée Lauder o L'Oréal, como Jo Malone.»

«¿Quién demonios te crees que eres? No eres Jo Malone», respondió con desdén.

Me sorprendió su grosería. ¿Qué le daba derecho a decidir si yo era una «Jo Malone», lo que fuera que quisiera decir con eso? Era relativamente fácil reunir fragancias, y Jo Malone había creado unos perfumes muy bonitos en un envase elegante y sencillo. Pero mis rituales estaban compuestos de muchos componentes. Claro, mi envase necesitaba mejorar, pero yo lo había gestionado todo con un presupuesto muy ajustado.

Rachel Elnaugh no sabía nada de mí. ¿Cómo se atrevía a sugerir que era una nadie? Me mordí el labio. «Lo siento, pero ¿podría decirme quién es usted, por favor?», respondí, genuinamente curiosa sobre esta persona maleducada sentada frente a mí y cómo había hecho su supuesta fortuna. Me habló brevemente de Red Letter Days. Ah, así que había cogido los negocios de otras personas, como escapadas a spas y conducción de supercoches, y los vendía con una tarjeta de crédito para canjear a cambio de una «experiencia». Sabía cómo funcionaba eso. Su negocio dependía de que la gente comprara el día de actividad y luego no usara el bono. Así que su gran idea era actuar como «intermediaria» y embolsarse el efectivo de las transacciones fallidas. Debo haber parecido poco impresionada, lo cual estaba justificado, como resultó ser.

La tensión en el tanque fue escalando. No quería su dinero. Eran tan arrogantes y claramente no tenían ninguna intención de poner ningún esfuerzo en mi empresa. Lo que también era evidente era lo que sabían de artículos de tocador: lo podrías tatuar en el trasero de una hormiga.

Decirle a este grupo de incompetentes que eliminar parabenos, estrógenos artificiales y otros productos químicos tóxicos era el futuro de este mercado cayó en saco roto. Desde 2003, la tasa de cánceres impulsados por estrógenos ha escalado más allá de las predicciones de cualquiera. El cáncer de ovario, de mama y el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) están todos impulsados por estrógenos. Las tasas de CPNM han escalado del 12% al 40% del total de diagnósticos de cáncer en los últimos quince años, y esto probablemente sea resultado de la creciente presencia de plásticos y mimetizadores de estrógenos en nuestro entorno. Estas enfermedades afectan principalmente a mujeres jóvenes de entre treinta y cuarenta años. La mayoría de la gente no sabe que el CPNM está impulsado por estrógenos, no por el tabaco. Los parabenos en cosméticos y artículos de tocador constituyen parte de esta carga de estrógenos, y calentar alimentos en el microondas en recipientes de plástico, que se ha convertido en la norma para muchas familias ocupadas, es una práctica que me

llena de horror.

Pasaron varios meses entre la grabación del programa y su emisión. Al final, mi aparición quedó reducida a un segmento de cinco minutos en televisión (lo recortaron todavía más en el DVD), editado de dos horas y media en el tanque. Sí, dos horas y media de interrogatorio desde todos los lados. Ay.

Salí de la experiencia temblando de furia por haberme maltratado tan mal en la BBC. Pero me libré bastante comparado con muchos otros. Dos horas y media de grabación pueden dar al editor mucho material con el que trabajar. Estaba completamente a su merced.

Como me dijo mi amiga cuando llegué a casa, en realidad no importaba lo que hubiera dicho en el tanque; lo importante era que ¡había tenido un aspecto fabuloso! La telerrealidad trataba de tener buena presencia. Me aseguró que no tenía nada de qué preocuparme. No estaba segura de que fuera verdad, pero sí me hizo reír.

Como estrategia para recuperarme, puede que me haya equivocado un poco. Quería hacer todo lo posible en el menor tiempo posible, apretarlo todo. En el fondo estaba convencida de que iba a morir. El enorme estrés de mis problemas de salud, las dificultades financieras, los problemas de negocio y, para colmo, el maltrato emocional y psicológico en el tanque realmente debería haberme acabado. Cualquiera que sienta que el cáncer es simplemente demasiado para luchar y aparentemente imposible de vencer debería animarse. A pesar de toda esta actividad frenética, sobreviví. Asumir tanto era una locura, pero en ese momento simplemente no podía verlo.

Demuestra lo bueno que debió de haber sido mi cóctel. Y demuestra que a pesar de la tensión, el estrés y la presión, puedes seguir mejorando en las circunstancias más terribles y lo resistente que puede ser el cuerpo humano. Siempre hay esperanza.

Cuando aprendí que el negocio de Rachel Elnaugh había quebrado solo unos pocos meses después de que el programa se emitiera (y que había sido comprada por un 1 libra por dos de sus compañeros «dragones»), me avergüenza decir que me reí y sentí que era una cierta medida de justicia.

Cuando miro atrás y sumo todo lo que estaba haciendo, desde crear los artículos de tocador, el marketing y las relaciones públicas, la búsqueda de productos, hasta vender a tiendas, librerías, retiros de spa y farmacias, todo lo cual implicaba enormes cantidades de papeleo, me pregunto cómo me las arreglé. Especialmente porque el embotador efecto de la quimio todavía estaba pasando factura. Y eso no incluía cuidar de mis problemas de salud continuos y que consumían tanto tiempo.

Lo que necesitaba era un socio comercial que lo recogiera todo y trabajara en el negocio a mi lado, no algún engreído inversor rico que aportaría poco a la fiesta y solo exigiría aún más de mí. Era bastante difícil simplemente mantenerse cuerda sabiendo que el cáncer seguía justo detrás de mí, pisándome los talones, vigilando cada uno de mis movimientos. Había seguido adelante independientemente. Mi obstinada y resuelta negativa a aceptar la derrota significó que era inconsciente del daño que el estrés había causado.

Pero es que no soy ninguna Jo Malone, ¿verdad?

■[3] EE. UU. tiene un programa equivalente llamado Shark Tank.

■■ Quince años después, The Body Shop todavía no ha eliminado los parabenos de todos sus productos (2018).

— PROGRESO DE LA TRADUCCIÓN —

■ Parte 1: Portada · Agradecimientos · Prólogo · Introducción · 10 pasos · Caps. 1–2

■ Parte 2: Capítulos 3 · 4 · 5 · 6

■ Parte 3: Capítulos 7 · 8 · 9

■ Parte 4 (esta sesión): Capítulos 10 · 11 · 12 · 13

■ Próxima sesión: Capítulos 14 al 17 (aproximadamente)

Para continuar, sube el mismo PDF y escribe: «Continúa la traducción desde el Capítulo 14»

Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

PARTE 5 — Capítulos 14 al 17

Continuación de la traducción al español

Capítulo Catorce:

El peligro regresa

No es de extrañar que, después de todo esto, estuviera agotada. Nunca había reconocido del todo cuánto me había golpeado el cáncer. Había seguido adelante como antes, negándome a rendirme, creyendo que podría aguantar, casi hasta el punto de negar que alguna vez había tenido la enfermedad. Escondía los suplementos y los medicamentos que tomaba, tragándolos furtivamente fuera de la vista, intentando convencer al mundo de que estaba bien.

Si alguien se enteraba de mi diagnóstico, quería que pensara que había salido al otro lado ilesa. Que el cáncer no me había robado a «mí». Que lo que había pasado no había sido la experiencia más devastadora de mi vida. Cuando lo miro ahora, estoy bastante segura de que tenía un trastorno de estrés postraumático retardado. Había seguido empujando hacia adelante, asumiendo cada vez más. Y el negocio me había propinado otro golpe.

Fue un golpe de demasiado. Era consciente del vínculo entre el estrés y el cáncer y finalmente reconocí que la vida importaba más. Tomé la desgarradora decisión de dejar ir mi negocio.

Pero mi empresa era mi bebé. Todas esas amadas creaciones sobre las que había trabajado noche y día para producir. Las archivaría todas. Me dije que sería solo hasta que me asentara sobre una base mejor, recuperara la compostura y me sintiera más yo misma.

Todavía tenía todas las formulaciones, marcas registradas y derechos de autor sobre los rituales y los CD, así que quizás relanzarlos en el futuro sería lo mejor. Con el corazón pesado, informé a mis compradores de que el negocio cerraba.

Me acercaba rápidamente a mi 40 cumpleaños y necesitaba un descanso. Mis marcadores habían permanecido estables, dentro de los niveles normales, y era hora de frenar y tomar un respiro.

Seguía navegando regularmente, y mi cumpleaños iba a coincidir con la Cork Week en Irlanda, una gran reunión de la fraternidad marinera: navegación brillante y un après-sail aún mejor. ¡Hora de soltarme el pelo y disfrutar!

Había empezado a creer de verdad que podía conquistar el cáncer. No me vencería. Pero todavía era muy cuidadosa con mi dieta. No podía relajarme por completo en ese aspecto. Pero ya no tomaba ninguno de los fármacos, habían sido a corto plazo. Incluso la aspirina solo la tomaba de vez en cuando, ya que me preocupaba el daño que el etodolac (AINE) podría haber causado. En ese momento no comprendía del todo lo importante que era seguir tomándola.

Durante ese verano me dejé llevar un poco. Me estaba acercando de nuevo a mi fecha de «alta definitiva» de cinco años (¡ja!) y quería celebrar tanto eso como mi cumpleaños. En Cork me encontré varias veces en el bar de champán; en la víspera de mi cumpleaños estaba en el bar de champán, lanzándome a muchas manos dispuestas, impulsada por cócteles Black Velvet, una mezcla de Murphys (una stout negra tipo Guinness, llena de hierro, un desastre para los pacientes de cáncer) y champán. ¡Sí, Jane se estaba soltando el pelo!

Pero fue un error. Después de volver a casa, mi pierna derecha se hinchó con linfedema y unas semanas después empecé a toser y a notar el sabor de la sangre. Los sudores nocturnos regresaron con fuerza. ¿Había vuelto también la leucemia? Me entró el pánico.

Para mi horror, mis marcadores SCC habían saltado a 200, por encima del nivel que tenían cuando me diagnosticaron el tumor pulmonar. No necesitaba esperar; era una señal de peligro clara. Inmediatamente empecé a tomar mi cóctel de fármacos, la pequeña reserva que tenía del año anterior. Comencé más vitamina C intravenosa junto con mi cóctel de dipiridamol y la estatina, y tomé el etodolac ocasionalmente con cautela, asustada por mi estómago y cómo podría aguantarlo.

El cáncer parecía haber vuelto con fuerza y rapidez. Revisé mi investigación y encontré el artículo del Journal of Herbal Medicine de 1999. Me di cuenta de que necesitaba la Mahonia aquifolium con su potente contenido en berberina. Esta gran arma había sido olvidada. La añadí apresuradamente de nuevo a mi cóctel hambreador del cáncer.

Dos meses después y para mi enorme alivio, mis marcadores se habían desplomado de nuevo por debajo de lo normal. Cuando se realizó una tomografía computarizada, no había nada, si es que había habido algo, que ver. Quizás había reaccionado de forma exagerada o quizás había evitado otro desastre. Nunca lo sabría. Pero me di cuenta de que no podía permitirme ser tan imprudente. El cáncer era un problema a largo plazo que necesitaría manejarse, muy parecido a la diabetes o el VIH.

¿Desaparecería el cáncer completamente con el tiempo? ¿O siempre lo tendría, acechando en el fondo, por el resto de mi vida? Quizás necesitaba tomar los fármacos con más regularidad. Si significaba tomar unos pocos fármacos diarios, entonces no era en absoluto un problema. Era perfectamente manejable.

Lo que fuera que hubiera pasado, había superado otro «tropiezo». Confirmó el poder de mi cóctel. Me demostró que había funcionado contra el cáncer cervical así como contra la leucemia, pero quizás la adición de la berberina había ayudado a potenciar aún más la sinergia. ¿Quizás el cáncer cervical estaba más impulsado por la glucosa y la grasa que la leucemia? (Este es en efecto el caso. La leucemia está más impulsada por la glutamina.)

Mi pequeña transgresión no había sido fatal. Había vuelto a tener el control. Gracias a Dios. Esta había sido una valiosa lección. No volvería a dejarme caer así. Decidí seguir tomando la estatina y conseguí otra receta de mi oncóloga, que estuvo de acuerdo en que valía la pena tomarla a largo plazo.

Con el cierre de mi negocio tenía un vacío en mi vida. Realmente quería concentrarme en intentar tener un bebé. Ahora me sentía segura de poder vencer el cáncer de nuevo si se cruzaba en mi camino. Ya no le tenía miedo. No me importaba que otros pensaran que mis acciones eran imprudentes, que podría morir y dejar al niño sin madre. Con todo el conocimiento que había adquirido durante la última década, no sentía que fuera egoísta traer a otra persona al mundo.

Después de largas conversaciones con Andrew, decidimos que una donante de óvulos y una gestante de acogida serían emocionalmente más fáciles para todas las partes, aunque logísticamente fuera mucho más difícil. Hicimos correr la voz de que buscábamos y para mi alegría, una de mis adorables amigas ofreció sus óvulos. Me abrumó su generosidad; era algo enorme lo que hacía por nosotros. Tuvimos muchas largas conversaciones; estaba totalmente feliz con ello. Que estuviera dispuesta a soportar inyecciones de hormonas y pasar por todo esto por nosotros fue el regalo más increíble.

También habíamos encontrado una gestante en una antigua compañera de colegio, pero conseguir que ambas mujeres sincronizaran sus ciclos era más fácil decirlo que hacerlo. Con enormes esperanzas, comenzamos el tratamiento en una conocida clínica de fertilidad en Harley Street.

No había ninguna razón por la que debiera fallar; ambas partes habían tenido hijos propios y ambas tenían un historial de éxitos. Mi donante todavía tenía menos de 35 años, todavía una buena edad para donar.

Pero el primer ciclo nos dio un número muy decepcionante de óvulos y al final solo conseguimos ocho embriones viables. De esos, solo dos eran de calidad razonable. Recuerdo haberlos mirado a través del microscopio, pensando en lo asombroso que era que esos grupos de células pudieran eventualmente transformar nuestras vidas.

Tuvo lugar la implantación de nuestros dos pequeños embriones. Tuvimos que esperar unas angustiantes semanas para ver si uno, o ambos (¡uf!), se habían implantado.

Nunca olvidaré el golpe aplastante de descubrir que ninguno había prosperado. No podía entender por qué. Ambas mujeres tenían hijos. ¿Por qué era tan difícil este asunto de la fertilidad? ¿Había hecho algo incorrecto la clínica? ¿Debería haberse realizado la transferencia en oscuridad, como aprendí más tarde que era estándar en otra clínica?

Había escalado tantas montañas para llegar a este punto, así que me dije que era solo un pequeño bache en nuestro camino hacia la paternidad. ¡Oye, era solo nuestro primer intento!

Nuestra gestante estaba tan decepcionada y se tomó el fracaso de forma personal. No me lo había esperado. Intenté tranquilizarla diciéndole que a menudo fallaba, especialmente el primer intento, pero se sentía emocionalmente agotada para continuar. En efecto le estábamos pidiendo mucho. Sin querer, debo de haber mostrado mis esperanzas destrozadas y mi decepción. Era una situación intensa. Lamenté que quisiera parar, pero lo entendí.

¿Consideraría mi amiga donar óvulos de nuevo? Afortunadamente sí. Pero ahora teníamos que encontrar otra gestante. Afortunadamente, la agencia COTS encontró una, pero vivía cerca de la frontera escocesa, ¡y nosotros estábamos en Londres! Aun así, la distancia no importaba. Una vez que se habían completado las visitas y todos los procedimientos de verificación, que llevaron varios meses, estábamos ansiosos por empezar de nuevo. Pero justo cuando íbamos a proceder, la gestante descubrió que estaba embarazada de su marido con otro bebé.

Estábamos enormemente decepcionados.

Ya había sido gestante para otras dos mujeres y este era el bebé número siete para ella. Después de otra espera, COTS nos encontró otro ángel: una adorable señora llamada Rebecca, mucho más cerca de nosotros en Londres. Perfecto.

Una vez más pasamos por el mismo proceso de implantación. Cruzamos los dedos y esperamos a ver si funcionaba esta vez.

Intenté no llamar por teléfono todos los días para saber cómo estaba. No quería parecer demasiado desesperada. De alguna manera estaba totalmente convencida de que iba a ocurrir esta vez. Entonces, una mañana, sonó mi móvil. Respondí nerviosa de emoción.

«Me ha bajado la regla», dijo en voz baja. «He hecho una prueba de embarazo para estar segura. Lo siento muchísimo, pero no ha funcionado.»

Nos dijo que había empezado una relación con un nuevo hombre y que no le apetecía que lo volviera a hacer. Me quedé destrozada. Me rehíce, le di las gracias y le dije que deberíamos quedar para tomar algo de todas formas, pero no sabía qué haríamos a continuación.

Unos meses después la señora de cerca de la frontera escocesa volvió a estar disponible. ¡Había dado a luz al bebé número siete! Era tan fértil, ¿cómo podría fallar? Su médico no estaba contento con que volviera a ser gestante, pero ella estaba perfectamente feliz de seguir adelante después de unos meses de descanso.

¡No abandonaría la esperanza! Esperamos hasta que estuviera lista, luego los dos embriones restantes fueron descongelados y tuvo lugar el trasplante.

Recuerdo recibir su llamada de pie en un probador de una tienda, a medio vestir. Tomé una bocanada de aire profundo al contestar. ¿Íbamos finalmente a ser padres?

Pero no iba a ser.

Mi amiga que había donado sus óvulos ya había pasado por dos ciclos para nosotros. Odiaba someterla a todas estas hormonas innecesarias. Simplemente no podía pedírselo de nuevo; era injusto. Fui a su casa, tuvimos una larga charla y le dije que iba a buscar a alguien que pudiera hacer una gestación subrogada «directa» en cambio, sin la participación de una clínica. Además, simplemente no podíamos permitirnos hacerlo a través de una clínica de nuevo.

Ambas derramamos algunas lágrimas de que no hubiera funcionado y nos abrazamos. Fue la hermandad en su máxima expresión. Nunca, nunca olvidaré su generosidad.

Estaba simplemente abrumada por todas las mujeres que hasta ese punto habían estado en este viaje conmigo. Qué ángeles tan increíbles hay en el mundo.

Pero ahora Andrew y yo estábamos de vuelta al punto de partida. No teníamos más embriones y no teníamos más dinero para financiar más intentos a través de una clínica. Aunque estaba destrozada, me aferré a la creencia de que en algún lugar había alguien especial que podía ayudarnos. Un día estaría sosteniendo a mi propio pequeño bebé, mirándole a los ojos, sintiendo el amor y el vínculo entre nosotros. Por favor, Dios.

■■ AKT Inhibitors Promote Cell Death in Cervical Cancer through Disruption of mTOR Signaling and Glucose Uptake. PLOS ONE 9(9): e107846.

■■ Inhibition of glutaminase selectively suppresses the growth of primary acute myeloid leukaemia cells with IDH mutations. Emadi, Ashkan et al. Experimental Hematology, Volume 42, Issue 4, 247-251.

Capítulo Quince:

Diseñando mi «Mapa de Metro»

La quimioterapia había arrasado con mi sistema inmunológico y varios años después parecía que todavía no me había recuperado del todo del asalto. En 2002, había cambiado la berberina potenciadora del sistema inmunológico y reductora de glucosa por gymnema, ya que había olvidado la larga lista de razones por las que había elegido la berberina. De hecho, la berberina es tan efectiva como antimicrobiana que el ejército la está investigando como suplemento anti-ántrax.

La reintroduje en mi régimen en 2004 cuando mis marcadores se habían disparado de nuevo, pero todavía no podía encontrar ninguna otra investigación al respecto, así que con retrospectiva seguí sin tomarla con la regularidad que necesitaba. En su lugar busqué otras formas de potenciar mi sistema inmunológico.

Fue en 2007, durante un brote de gripe aviar en el Reino Unido que causó pánico e histeria masiva, cuando descubrí la cimetidina como potenciador del sistema inmunológico y también como potente fármaco anticancerígeno. Me preocupaba que si cogía un bicho potencialmente mortal como la gripe aviar, podría irme peor que a otros porque me costaba tanto combatir cualquier infección. Pillaba un bicho tras otro y me dejaban postrada durante semanas. A pesar de haber vencido el cáncer, no estaba prosperando; simplemente sobrevivía.

Quizás tenía que reiniciar mi sistema inmunológico innato desde cero. Quizás necesitaba reaprender cómo reaccionar ante los resfriados y la gripe. Quizás el truco era reconstruirlo de nuevo lentamente, permitiéndole reaprender a reconocer los patógenos. Pero este enfoque no estaba funcionando. Cada resfriado era tan malo como el anterior. No estaba desarrollando inmunidad en absoluto.

Descubrí que mi respuesta inmune Th2, la respuesta humoral a los alérgenos, estaba permanentemente elevada (esto era lo que el Dr. Kenyon había analizado: mi resultado de IL5). Era esto lo que me impedía elevar mi respuesta Th1 (patógenos) a las infecciones oportunistas. Cuando una sube, la otra baja. Los antihistamínicos ayudan a revertir este problema; al amortiguar la respuesta Th2 permite que la respuesta Th1 vuelva a subir. La investigación mostraba que la cimetidina haría exactamente eso. Era un fármaco antiguo, ya no disponible sin receta en el Reino Unido, a pesar de haber sido recetado libremente en los años 80 para las úlceras gástricas.

Todavía estaba disponible en otros países como Alemania y Estados Unidos. Debería haber pedido a uno de mis amigos en América que la comprara y me la enviara, pero en cambio usé una farmacia online en Canadá. Como era un antiácido, la usé solo tres meses, ya que me preocupaba que pudiera arruinar mi sistema digestivo a largo plazo. Tener el estómago ácido era importante para una digestión adecuada. ¡Era todo un acto de malabarismo intentar recuperar el equilibrio en mi cuerpo! Pero funcionó. De estar

continuamente abatida por los bichos, de repente volví a ser la de siempre. ¡Hurra! Especialmente cuando añadí de nuevo la berberina a mi régimen.

También fue en 2007, buscando fármacos para otros pacientes de cáncer, cuando concluí que la metformina, un medicamento diabético común, ayudaría a privar al cáncer de glucosa. Y desde entonces he descubierto que tiene muchos otros efectos contra el cáncer: bloquea el IGF-1 y el mTOR (una enzima clave para la división celular), potencia las bacterias buenas en el intestino mejorando así la inmunidad, mientras bloquea la hexocinasa 2, uno de los pasos en la vía de la fosforilación oxidativa, reduciendo la conversión de lactato de vuelta a glucosa y aumentando la sensibilidad a la insulina. La metformina, decidí, era una «gran arma»; ayudaría a potenciar cualquier dieta hambreadora del cáncer. Pero en lugar de tomarla después de una comida como hacen muchos diabéticos, para los pacientes de cáncer con niveles de azúcar en sangre «normales», ¿no sería mejor hambrear al cáncer tomándola antes de las comidas, antes de que se produjera el aumento de glucosa? El momento, al igual que cuándo hacer ejercicio (que decidí que era mejor quince minutos después de las comidas para reducir la insulina y la glucosa), debe ser de importancia crítica.

Tanto la berberina como la metformina se incluyeron en mi régimen diario; alternaba entre las dos, pero ocasionalmente las añadía juntas. Quizás no debería haberlo hecho sin un glucómetro para comprobar mis niveles de glucosa, pero no sufrí ningún efecto adverso. No era diabética y la metformina es «normoglucémica»: en otras palabras, no baja los niveles de glucosa por debajo de los valores normales.

Para entonces ya se había corrido la voz de que era una superviviente de estadio IV y de que quizás sabía algo sobre cómo lograr la remisión en circunstancias imposibles. Me encontraba recibiendo cada vez más derivaciones de amigos y amigos de amigos. Realmente quería dejar el cáncer atrás, pero también sabía que ahora poseía información valiosa que podía ayudar a otros. A regañadientes, tomé algunos casos: riñón, vejiga, páncreas, colorrectal y mama.

Intenté mantenerme a distancia, ya que investigar para ellos me traía de vuelta todas las malas experiencias que intentaba olvidar con mucho esfuerzo. Necesitaba mantenerme desapegada, así que rara vez conocía al paciente y solo me comunicaba por correo electrónico.

Junto con las terapias naturales y alternativas, encontré muchos fármacos fuera de indicación que podrían ofrecer beneficios a estos pacientes. El propranolol era un betabloqueante que ayudaría a reducir el VEGF, el factor de crecimiento que estimulaba el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos para alimentar el cáncer. El propranolol también bloqueaba las metaloproteinasas de la matriz 2 y 9 (MMP-2 y MMP-9), por lo que impedía que el andamiaje tisular alrededor de las células tumorales se rompiera para permitirle metastatizar, cambiándolo de ser promotor del cáncer a ser hostil al cáncer. Pero interactuaría con el dipiridamol, ya que ambos pueden potencialmente bajar la tensión arterial. Sin embargo, el dipiridamol, descubrí, también bloqueaba la MMP-9 y la señalización Wnt, estando esta última a menudo alterada en el cáncer.

Animé a la gente a hacer sus propios Gráficos del Pequeño Problema. Pero quedó claro que después de un par de años, este enfoque a distancia no estaba funcionando y la lista de suplementos parecía demasiado larga y confusa. ¿Cuáles eran las «grandes armas», cuáles eran los fármacos y suplementos más eficaces y por qué? La gente seguía muriendo y nadie podía conseguir que le recetaran ninguno de estos fármacos fuera de indicación de sus oncólogos. Aunque tuve algunos éxitos espectaculares: dos pacientes en estadio IV siguen vivos y con plena energía mientras escribo esto, ambos al menos catorce años después de sus diagnósticos terminales, usando solo terapias naturales.

Estos éxitos eran los que había conocido en persona; solo entonces habían captado plenamente la importancia de la dieta de bajo índice glucémico, la necesidad de un enfoque totalmente integrado y los suplementos regulares. Sin este nivel adicional de apoyo, me di cuenta de que los pacientes podrían desviarse de sus dietas y simplemente recurrir a su oncólogo para que los curara. Un enfoque condenado al fracaso con enfermedad en estadio IV.

Cuanto más descubría, más deducía que cada paciente necesitaría detener los tres «macros» dietéticos: las grasas malas, los carbohidratos simples (especialmente la glucosa) y las proteínas (p. ej., la glutamina) juntos para lograr los mejores resultados. A pesar de largas explicaciones por teléfono y el envío de artículos de PubMed y Medline, sentía que estaba perdiendo en su mayor parte el tiempo. La mayoría de los pacientes no entendía cuán importante era modular sus dietas o la importancia de añadir más a su arsenal para potenciar el lamentablemente inadecuado «estándar de atención». Las combinaciones eran clave.

Jane Plant todavía pensaba que las pizzas y la miel estaban bien, mientras que para mí estaban definitivamente en la lista de prohibidos. Era importante reducir la «carga glucémica» y ese peligroso pico de insulina post-comida. Eliminar el IGF-1 era solo un ángulo, pero eliminar la glucosa y bajar la insulina, reducir la grasa saturada y las proteínas junto con la reducción del IGF-1 era sin duda mejor.

Al observar el comportamiento de otros pacientes, podía ver que la mayoría seguían comiendo patatas blancas, arroz blanco, plátanos, pan, miel, uvas y zumos de frutas. Sabía que no les iría bien sin los fármacos que les ayudaran y una mejor comprensión de cómo el cáncer se estaba alimentando.

Con un suspiro de resignación, supe que tenía que asumir un papel más activo. Así que me encontré ayudando a los pacientes a diseñar sus propios Gráficos del Pequeño Problema, sentándome con ellos cara a cara, discutiendo qué cambios necesitaban hacer y a quién ver. Me convertí en una «facilitadora», orientándoles en la dirección correcta para encontrar los fármacos, médicos y suplementos que necesitaban.

Para explicar en términos sencillos lo que había funcionado para mí, elaboré un diagrama triangular básico que mostraba cómo cada uno de los fármacos que había tomado había funcionado para privar a cada «macro» de la dieta que el cáncer necesitaba. Mi teoría era que había que privar los tres lados del triángulo, la grasa, las proteínas y los carbohidratos simples juntos para obtener el máximo efecto. A medida que el cáncer se volvía más resistente,

pasaba de usar la glucosa a usar la glutamina. Si solo bloqueabas una ruta, simplemente usaría otra. De hecho, lo hace a través de muchas líneas de combustible. El cáncer es capaz de utilizar no solo glucosa y glutamina, sino también ácidos grasos, acetato e hidroxibutirato (cetonas) y lactato.

Esta «Teoría del Triángulo» para hambrear al cáncer era un diagrama muy simplista, pero explicaba mi teoría de forma visual y sencilla:

• El dipiridamol privaba al cáncer de nucleótidos y otras proteínas

• La metformina y la berberina habían privado de glucosa

• La lovastatina había privado de grasa (colesterol)

Una vez privado de alimento, había dado el golpe de gracia con la vitamina C intravenosa, el ozono, la combinación de etodolac (AINE) y lovastatina; todos habían desencadenado la apoptosis. De hecho, lo que había hecho para «hambrear» a mi cáncer era mucho más detallado de lo que he dibujado arriba, y solo en los últimos años he podido armar exactamente lo buena que fue realmente mi combinación. Este sencillo diagrama triangular se convirtió en una plantilla para incluir otras vías de grasa, glucosa y glutamina que había bloqueado, y a medida que mi conocimiento sobre las tuberías de combustible aumentó, este triángulo evolucionó eventualmente hacia mi Mapa de Metro (ver más adelante). Una combinación integral para hambrear al cáncer que puede usarse y adaptarse para cada tipo de cáncer.

A los pacientes recién diagnosticados les enfatizaba la importancia de tomar más de un tratamiento a la vez, de no depender del estándar de atención que actualmente es inadecuado para tratar una enfermedad tan compleja. Tomar solo un poco de metformina junto con la quimioterapia, por ejemplo, no sería suficiente. Ni tampoco tomar cualquier fármaco por sí solo. Ni ignorar las muchas vías metabólicas anormales del cáncer. Pero así era como sus oncólogos abordaban el tratamiento: usando un fármaco a la vez y cuando fallaba (porque el cáncer muta), usando otro, sin reconocer la importancia de la célula madre y cómo es el cambio en su metabolismo lo que, después de mucha investigación, he concluido que es la razón real por la que el cáncer se vuelve resistente. Cambia su fuente de combustible para seguir alimentándose de una nueva manera. La búsqueda constante de nuevos fármacos «genéticos» solo sirve a la industria farmacéutica, no al paciente.

A pesar de todo esto, era frustrante ver a los pacientes cometer los mismos errores una y otra vez. La mayoría no se daría cuenta del nivel de esfuerzo requerido para recuperarse. Algunos sentían que preferirían morir antes que cambiar sus dietas o tomar muchos suplementos y pastillas. Los pacientes son naturalmente reacios a la idea de tomar muchos fármacos. Y algunos eran reacios a ofender a su oncólogo, la mayoría de los cuales siguen siendo decididamente contrarios a todo lo complementario y que descartaba las dietas como inútiles. Los pacientes preferirían hacer dócilmente lo que se les dice, toda su fe depositada en la bata blanca y el «sistema».

Para esos pacientes estaba perdiendo el tiempo. Solo podía ayudar a aquellos que estaban listos y dispuestos a enfrentarse a la enfermedad, pacientes que reconocían los fallos en el sistema médico actual y eran capaces de dar esos pasos adicionales necesarios. Cuanto más avanzada estaba la enfermedad, más tenían que hacer. Solo podía ofrecer mis sugerencias y apoyo.

■■ Madiraju AK et al. Metformin suppresses gluconeogenesis by inhibiting mitochondrial glycerophosphate dehydrogenase. Nature. 2014 Jun 26; 510(7506): 542-6.

■■ Naguib A. et al, «Mitochondrial complex I inhibitors expose a vulnerability for selective killing of Pten-null cells». Cell Reports, April 3, 2018.

■■ Xu Zhang et al. Modulation of gut microbiota by berberine and metformin during the treatment of high-fat diet-induced obesity in rats. Scientific Reports Sept 23 2015.

Capítulo Dieciséis:

Dos accidentes de coche lentos

Un día de 2012 mi amiga Louise me llamó.

«Rachel me acaba de llamar desde Dubái», dijo, con la voz quebrada. «Me ha dicho que su cáncer de mama triple negativo se ha extendido. ¿Puedes ayudarla?»

Rachel era una amiga mutua de Guernsey. Tenía dos hijos menores de cinco años y se había mudado a Dubái con su marido. Me encogí. El triple negativo tiene el peor pronóstico de todos los cánceres de mama; no responde al tratamiento hormonal ni al herceptin. El tratamiento generalmente implica una agotadora combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. Si no se elimina la primera vez, progresa rápidamente. La supervivencia con una recurrencia se mide en meses.

Hablé con Rachel directamente más tarde esa semana. Estaba llorando.

«El oncólogo me dijo sin rodeos que todo el mundo tiene que morir, como si fuera lo más normal», sollozó. «Pero solo tengo cuarenta años. Tengo hijos pequeños. El cáncer no es normal. No quiero morir. Quiero ver a mis hijos crecer y tener sus propias familias. Esto simplemente no es justo.»

Me horrorizó el comentario despiadado de su médico. No por primera vez me pregunté si algunos oncólogos obtienen una perversa satisfacción de decirles a los pacientes que van a morir. Se les entrega tanto poder: blanden el hacha ya sea con un tratamiento paliativo insuficiente o, por el contrario, con un exceso de tratamiento con grandes cantidades de quimioterapia y fármacos de inmunoterapia.

Rachel había sido diagnosticada con una metástasis en su mediastino (la sección entre sus pulmones) meses antes, pero solo acababan de decirle su pronóstico. Muchos oncólogos sienten que protegen al paciente y a la familia no diciendo nada al principio, y puedo entender por qué evitan revelar los hechos reales. Pero esta es una crueldad disimulada. Si los pacientes están en la oscuridad hasta que están casi en su lecho de muerte, no les queda tiempo para aceptar el diagnóstico, hacer planes, encontrar otros tratamientos.

Los oncólogos ven el accidente de coche lento como inevitable, imparable y desordenado. Su trabajo es simplemente amortiguar el golpe con tratamientos paliativos y dejar que la familia recoja los pedazos. Así es como ven su trabajo. No es de extrañar que la oncología atraiga solo a las personalidades más resistentes.

A menudo se le da a un paciente un papel con un código críptico como T3N2M1, con la esperanza de que el paciente se vaya y descubra por sí mismo exactamente qué significa consultando al Dr. Google. El código puede engañar fácilmente a los pacientes haciéndoles pensar que solo son estadio III cuando en realidad el M1 significa una metástasis distante,

estadio IV. Los pacientes son adormecidos con una falsa sensación de seguridad, solo para enfrentarse a la dura realidad de su situación cuando ha pasado el tiempo y la posibilidad de cualquier uso efectivo de otras modalidades de tratamiento se vuelve más difícil.

«Creo que deberías volver al Reino Unido para una segunda opinión», le dije a Rachel.

Así que concertó una cita con uno de los principales oncólogos del Reino Unido, el Profesor Justin Stebbing en Londres. Cuando llegó, Rachel, Louise y yo nos sentamos alrededor de mi mesa de cocina y pasamos toda la tarde revisando algunas investigaciones que le había encontrado. Elaboré su Gráfico del Pequeño Problema. En él había incluido metformina, lovastatina y etodolac. Le expliqué el razonamiento.

Le sugerí que llevara su gráfico a su cita con el Profesor Stebbing, pero se mostraba reacia. Estaba demasiado abrumada por su diagnóstico para saber qué hacer.

Así que se fue a la cita con Louise con una lista de preguntas, para preguntar sobre que le recetaran metformina y lovastatina, para preguntar si su tumor era inflamatorio y para pedir un AINE. Había intentado explicar cómo la inflamación impulsa el cáncer.

En ese momento no podía encontrar suficientes datos para apoyar la inclusión del dipiridamol para el cáncer triple negativo, pero esperaba que el Profesor Stebbing pensara que los otros tres fármacos valían la pena recetarlos, dado que era estadio IV, «terminal».

Durante su consulta Rachel se olvidó de preguntar nada sobre los fármacos fuera de indicación. Louise me informó de que solo había hablado con el Profesor Stebbing mientras se escondía detrás de su bufanda, probablemente para ocultar sus lágrimas.

Insistí en acompañarla en su próxima visita. Estuvo de acuerdo.

Así que un mes después entré en la sala de consulta del Profesor Stebbing con Louise y Rachel. Debió de ser una imagen curiosa, las tres entrando juntas. Después de las presentaciones, expliqué que estaba allí para ayudar a Rachel a tomar algunas decisiones. Con el permiso de Rachel me levanté y extendí el Gráfico del Pequeño Problema en formato A3 sobre su escritorio. ¡Sus ojos se abrieron de par en par de sorpresa! ¡Podía ver que el profesor nunca había visto nada parecido! ¿Quién era esta audaz mujer?

El gráfico tenía muchas sugerencias diferentes, desde la vitamina C intravenosa, la radioterapia estereotáctica, la terapia sono y fotodinámica, el ultrasonido focalizado de alta intensidad, hasta los inhibidores de PARP más convencionales (que él ya estaba investigando). También enumeraba los suplementos, la dieta y las sugerencias de desintoxicación. Y por supuesto la metformina, la lovastatina y un AINE como el etodolac.

Completamente ignorando su sorprendida reacción, me puse allí enumerando los posibles méritos de la metformina y una estatina. ¿Alguna vez las había recetado? ¿Y expresaba su tumor COX2? ¿Qué pensaba sobre el uso de un antiinflamatorio no esteroideo?

Después de recuperarse de su shock inicial, tuvimos una larga discusión sobre el uso de los tratamientos complementarios.

No estaba seguro sobre la vitamina C intravenosa, pero estuvo de acuerdo en que podía intentarlo, y la terapia fotodinámica. Después de mucha deliberación, pero sin un rechazo total, dijo que no podía recetar los fármacos.

«No se consideran tratamientos estándar para el cáncer y no quiero recetarlos sin ensayos clínicos aleatorizados.»

No importaba; había anticipado este resultado y ya había concertado otra cita para ella a la vuelta de la esquina con el Dr. Kenyon, que esperaba pudiera recetar algunos de los fármacos.

Para entonces Rachel tenía un tumor bastante grande en su mediastino. Tanto el Profesor Stebbing como yo sabíamos que los tratamientos médicos estándar por sí solos nunca iban a controlar su enfermedad durante mucho tiempo. Solo le comprarían unos pocos meses, aunque no lo dijimos en su presencia.

Una hora después, el Dr. Kenyon realizó algunas pruebas. Rachel todavía parecía tener una buena función hepática y no había sido destrozada por la quimioterapia en esta etapa. Todo tenía buena pinta si quería empezar con la terapia fotodinámica.

Pero Rachel tenía otras ideas. Simplemente no se sentía cómoda con los tratamientos alternativos. Quería seguir con lo convencional, aunque sí aceptó la metformina, así que el Dr. Kenyon, con un poco de estímulo de mi parte, le escribió una receta.

Me reuní con el Profesor Stebbing varias veces con Rachel y me dio su dirección de correo electrónico. Juntos discutimos tratamientos que ella eventualmente decidió seguir, como la radioterapia estereotáctica. Y a pesar del enorme tumor descansando entre sus pulmones, Rachel siguió con vida durante veintidós meses más. Tiempo precioso con su joven familia.

Cuando murió, su partida me pareció un fracaso personal, a pesar de mis esfuerzos. Ojalá hubiera conseguido que tuviera todos los fármacos que sentía que necesitaba. Un cóctel adecuado que atacara varias líneas de combustible. El cáncer de mama triple negativo era difícil. ¿Qué combustible usaba el CMTN que otros no usaban? Era uno de los cánceres más difíciles de curar. En su honor, haría de ello mi misión averiguarlo.

Unos meses después, me pidieron ayuda de nuevo para una señora a quien habían diagnosticado melanoma maligno. Así que me reuní con Beth y sus dos hijos, ambos en sus veinte años. Todos nos sentamos en mi cocina e hicimos juntos un plan de tratamiento. Esbocé un Gráfico del Pequeño Problema y les mostré el rudimentario triángulo para hambrear el cáncer.

A partir de la investigación del Dr. Betty Rhodes en el Hospital St. Helier sobre pacientes con melanoma en los años 80, sabía que el dipiridamol sería útil para ella. Incluso conseguí el artículo original del Lancet. Pero convencer a los oncólogos de recetar algo fuera de indicación sería particularmente difícil en este bastión de los tratamientos tradicionales. Aun así, acordamos que valía la pena intentarlo.

Añadimos una estatina y un AINE a su lista, ya que había encontrado buenos artículos sobre ambos relacionados con el melanoma. La semana siguiente la encontré en el hospital.

Me recibió al entrar en la sala de espera del Royal Marsden, abarrotada de silenciosos y sombríos pacientes y familias. Solo había sitio de pie. Sus hijos no podían asistir ese día y Beth me presentó a su hermano y hermana. Ambos me miraron con desconfianza; claramente no aprobaban mi presencia.

Cuando entramos en la sala del médico, me di cuenta con cierta consternación de que era de la «vieja escuela». Nos miró por encima de sus gafas de lectura mientras nos sentábamos.

Beth, envalentonada por su nuevo plan de tratamiento y sintiéndose más en control de su enfermedad, lanzó un discurso rápido sobre cuánto mejor se sentía al eliminar el azúcar de su dieta. Desafortunadamente, esto marcó el tono de toda la reunión. La dieta era lo último que quería discutir.

«Ya he explicado que cambiar su dieta es una pérdida de tiempo», dijo, como regañando a un niño desobediente. «Nunca se ha demostrado que ayude a los pacientes de cáncer y lo único que está haciendo es privarse a sí misma en una etapa crítica en la que debería relajarse y comer lo que más le guste», añadió.

¿Así que podría igualmente darse un atracón de chocolates porque iba a morir de todas formas? No es de extrañar que los pacientes lo llamen El Royal Mars Bar.

«Me preguntaba qué pensaba sobre que ella probara alguna terapia fotodinámica», pregunté, lamentando las palabras nada más salir de mi boca. Podía ver que su tranquila actitud cambiaba de tolerancia a irritación.

Me miró directamente a los ojos con una mirada helada.

«Tampoco hay evidencia de que eso ayude», respondió secamente. «Solo estará desperdiciando su dinero.»

Si este era un tema difícil de abordar, hablar de los fármacos fuera de indicación iba a ser realmente complicado. Por el bien de Beth tenía que intentar conseguirle algo. Seguir solo con el estándar de atención fracasaría.

«De acuerdo. Dejamos ese tema de lado», dije, solo para contentarle. «También he estado mirando algunos fármacos fuera de indicación que podrían ayudar», añadí nerviosa. «Este es un artículo en The Lancet que muestra que el dipiridamol, un fármaco antiplaquetario, podría ayudar a detener las metástasis. Detuvo la progresión en varios pacientes con enfermedad en estadio IV.»

Le entregué el artículo. Lo tomó del papel, no dijo nada y lo miró fijamente. Continué:

«El dipiridamol también tiene propiedades antivirales y el artículo sugiere que podría haber un componente viral en el melanoma.»

«¡Esto no es evidencia! ¡No es un ensayo clínico aleatorizado! ¡Es un estudio sobre unos pocos pacientes en 1985!» Hizo un sonido de bufido y el artículo me fue devuelto a empujones. Beth me lanzó una mirada, guiñó un ojo y puso los ojos en blanco como diciendo: «Exactamente la reacción que esperábamos.»

«Sé que es antiguo, pero ¿y si ha sido pasado por alto?», añadí, molesta de que no ser nuevo no significara que no funcionaría. Era como decir que Los Beatles eran malos porque se separaron en 1970.

«¿Qué tal mirar una estatina?», pregunté, sacando el siguiente artículo y consciente de que estaba perdiendo rápidamente terreno.

«¿Y de qué fecha es esa investigación?», preguntó.

«Ehhh… 2005, publicado en Melanoma Research», dije.

«¡Estamos en 2013! Si fueran de alguna utilidad, ¿no los estaríamos usando ya?»

«¿Así que no cree que podrían ser de alguna ayuda? ¿Quiere leer el artículo?», dije en voz baja. Obviamente que no. El oncólogo se volvió hacia Beth.

«Quiero hablar con usted. A solas.»

Vaya. Eso no había ido bien. Sabía que iba a encontrar algo de resistencia, pero había sido mucho peor de lo que Beth o yo habíamos esperado.

Se levantó, abrió la puerta e indicó a su hermano, su hermana y a mí que saliéramos de la sala. Salimos en fila y una vez más me lanzó una enorme mueca. Me giré para asegurarme de que Beth estaba bien y cerró la puerta de golpe en mis narices.

Podía oírle hablar en tono acalorado con Beth. Me sentí mal. Había intentado ayudar y no era justo que ella hubiera quedado atrapada en el fuego cruzado entre nosotros.

Pero lo que me ocurrió a mí a continuación fue verdaderamente conmocionante. En cuanto estuve en el pasillo, el hermano y la hermana se volvieron contra mí. Dave se cernió sobre mí y me empujó contra la pared.

Ambos empezaron a gritarme en la cara, con Dave apuntándome al pecho con el dedo.

«¿Quién demonios te crees que eres? ¿Eres médico? ¿Cómo te atreves a hacer sugerencias al oncólogo? ¡No tienes derecho a interferir en su tratamiento!»

Me quedé allí intentando respirar con calma: «Yo… solo intento ayudarla», balbucee.

Nunca antes me había pasado algo así. Estaba desesperada por escapar. No tenía sentido entrar en una discusión con ellos; no estaban de humor para escuchar. Me escabullí de su agarre y me dirigí rápidamente hacia la puerta.

«¡No te atrevas a contactar con ella de nuevo!», gritó su hermana a mis espaldas mientras me apresuraba hacia la salida.

El cáncer es una experiencia confusa y aterradora para toda la familia y sabía que solo actuaban en lo que creían que eran sus mejores intereses. Por mucho que me dijera a mí misma que solo estaban siendo excesivamente protectores, este abuso físico y verbal me sacudió mucho.

Una vez fuera del hospital, le envié a Beth un mensaje con una excusa de que tenía que volver a casa urgentemente. Probablemente adivinó que habían sido groseros conmigo, pero nunca le dije lo que habían hecho. Beth y sus hijos se habrían horrorizado si alguna vez se hubieran enterado.

¡Ayudar a un paciente desesperado era una cosa, pero tratar con familiares protectores y furiosos era otra muy diferente! Prometí no acompañar nunca a nadie a una visita de nuevo. ¡No era bueno para mi propia salud!

Más tarde la envié a ver al Dr. Callebout, pero nunca pidió el dipiridamol ni ninguno de los otros fármacos. Creo que su oncólogo del Royal Marsden la disuadió. ¿Por qué había sido tan antagónico y furioso? ¿Y por qué no debería intentar salvarse por todos los medios posibles?

Para mi consternación supe que murió seis meses después.

Sentí que había vuelto a fracasar. No podía evitar preguntarme cómo le habría ido si solo hubiera tomado un cóctel de fármacos. ¿Cuándo despertará la profesión oncológica? ¿No podían ver lo rígidos e inflexibles que eran? Cerrados a cualquier sugerencia, al parecer sin ninguna buena razón.

Una vez que te diagnostican estadio IV, te dan pocas opciones más que subir a una cinta de correr de fármacos aprobados, ninguno de los cuales ha curado nunca a nadie con enfermedad avanzada. Los nuevos fármacos y ensayos están tan sobredimensionados en la prensa que la gente deposita demasiada fe en ellos.

El presupuesto del NHS es tan ajustado que depende de que la mayoría de los pacientes en estadio IV mueran con la primera opción de tratamiento, invariablemente quimioterapia a dosis altas, el tratamiento más barato pero menos eficaz. ¡Un paciente muerto es un enorme ahorro! Es mucho más barato para el NHS que mueras lo antes posible que si aguantas, aferrándote a la vida necesitando muchos cuidados de enfermería y medicamentos costosos.

Si, contra todo pronóstico, has demostrado ser una candidata «digna» al sobrevivir a la quimioterapia de dosis altas, el NHS reserva las inmunoterapias más nuevas y a menudo asombrosamente caras para las personas que llegan hasta aquí. Para entonces las inmunoterapias son, por supuesto, menos eficaces ya que el sistema inmunológico está luchando después de haber sido pulverizado por la quimio.

Como paciente de estadio IV en el NHS, estás jugando un mortal juego de serpientes y escaleras usando solo terapias convencionales. Si sobrevives a la quimioterapia, cuando el cáncer vuelve (como lo hará: la quimioterapia sola no mata las células madre del cáncer) puede que te ofrezcan un salvavidas, una escalera en forma de un fármaco dirigido para volver a subir. Si está disponible lo agarras, tan agradecida pero cansada y agotada del tratamiento anterior. Si tienes suerte, este nuevo fármaco funciona durante un tiempo, pero los efectos son solo a corto plazo: la extensión media de vida con fármacos dirigidos en esta etapa es de alrededor de dos o tres meses. ¡Boom! Caes en otra serpiente y vuelves a bajar. Si todavía tienes suerte te «rescatan» una vez más con otra línea de tratamiento, quizás un fármaco de inmunoterapia más nuevo. ¡Qué agradecida estás a las maravillas de la medicina moderna!

Tus esperanzas se elevan de nuevo, solo para quedar defraudadas cuando el bombo publicitario no está a la altura de las expectativas. No hay más escaleras. Solo serpientes.

Todo el paradigma del tratamiento del cáncer está equivocado.

El cáncer tiene dos tipos de células: células madre y células de división rápida. Las que atacan los oncólogos son las células de división rápida. No hacen nada para abordar la célula madre del cáncer. Y las células madre del cáncer son las que hacen que el cáncer se extienda. Están ubicadas en el corazón de cada tumor y no son tocadas por los tratamientos convencionales. La quimioterapia, la radioterapia y los nuevos fármacos dirigidos son soluciones a corto plazo ya que dejan atrás las células madre para que vuelvan a crecer y se vuelvan más resistentes.

Es un juego medieval, cruel y despiadado. Y podría ser tan fácilmente diferente si la profesión médica mirara el uso de cócteles de fármacos, no solo los que atacan los genes y las células de división rápida, sino los que también atacan las células madre.

Como pacientes, necesitamos ser conscientes de este despreciable juego que las compañías farmacéuticas juegan con nosotros, mientras nos aferramos a la vida, nuestros cuerpos utilizados sin piedad como ratones de laboratorio. ¿Cuándo recetarían los oncólogos fármacos fuera de indicación junto con la atención convencional? Seguramente tenía que ocurrir pronto.

■■ Desde entonces he descubierto un artículo publicado en Clinical Experimental Metastasis en enero de 2013. Investigadores en Nápoles, Italia, han descubierto que el dipiridamol detiene la progresión del cáncer triple negativo en ratones.

■[1] Había leído un informe que claramente mostraba que la terapia fotodinámica podría beneficiar a los melanomas en estadio 3 y 4: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653896

Capítulo Diecisiete:

Encontrando a mi tribu

En febrero de 2015, estaba leyendo tranquilamente el periódico con mi taza de té matutina (verde, por supuesto), cuando noté un artículo en The Telegraph. Me senté derecha cuando me di cuenta de que trataba todo sobre el cáncer y el uso de fármacos fuera de indicación antiguos. ¡Por fin!

Un profesor de psicología, Ben Williams, había sido diagnosticado 20 años antes con un tumor cerebral incurable. Había seguido la medicina convencional tradicional sometiéndose a cirugía, quimioterapia y radioterapia, pero se había curado completamente usando unos pocos fármacos que había investigado y añadido a su régimen de cáncer. ¡Alguien más que se había curado usando un cóctel de fármacos antiguos! ¡Hurra!

Había usado verapamilo, un bloqueador de los canales de calcio durante su quimioterapia (otro efecto de la berberina), un antibiótico llamado Accutane normalmente utilizado para el acné, un análogo de la vitamina A (que bloquea débilmente el mevalonato; yo había usado una estatina), lo que significó viajar al otro lado de la frontera a México para conseguirlo. También había usado tamoxifeno que, además de su efecto bloqueador de estrógenos, es un inhibidor del IGF-1 (ahora yo tomaba metformina diariamente como bloqueador del IGF-1, tanto por sus beneficios anticancerígenos como antienvejecimiento).

A medida que seguía leyendo, casi me caí de la silla. Había una nueva clínica en Harley Street, aquí mismo en Londres, investigando una combinación de fármacos casi idéntica a la mía: metformina, una estatina y otros dos fármacos. Dios mío. Esta nueva clínica, llamada Care Oncology Clinic, estudiaba el uso de estos fármacos como complementos al tratamiento convencional, exactamente como yo siempre había sugerido. Dos de los fármacos que no había visto ni oído en oncología antes: doxiciclina (un antibiótico) y mebendazol (un antiparasitario). Sin rastro del dipiridamol en ningún sitio. Pero estaban mirando la posibilidad de añadir un AINE a algunos de los programas de tratamiento en el futuro. ¡Quizás también podrían añadir el dipiridamol a su programa!

Lo que era aún más increíble era que el oncólogo jefe de la Care Oncology Clinic no era otro que el Profesor Justin Stebbing. Según el artículo, supervisaba esta nueva clínica en Harley Street, recetando exactamente los mismos fármacos fuera de indicación que le había suplicado que recetara a Rachel.

Solo puedo describir lo que me invadió como un impulso metafísico. Piel de gallina o llámenlo como quieran; la sensación era increíble. Los pies y las piernas me empezaron a hormiguear y una ardiente sensación de picor me recorrió todo el cuerpo, por la espalda y por los brazos.

Se dice que tienes dos grandes momentos en la vida: el primero cuando naces y el segundo cuando te das cuenta de para qué naciste. Este era ese momento.

En cuanto terminé de leer el artículo, estaba convencida de que alguien había finalmente descifrado el código del cáncer, de que la respuesta había estado, como siempre había creído, en usar combinaciones para hambrear al cáncer. Tenía que conocer a estas personas. Quería saber más sobre los fármacos que habían elegido y por qué podrían funcionar.

La doxiciclina era un antibiótico, el mebendazol era un antihelmíntico o vermífugo, comúnmente usado para niños con lombrices intestinales. Siempre me había preguntado si el cáncer podría estar causado no por «mutaciones genéticas aleatorias» sino quizás desencadenado por algo tan simple como una coinfección de varios microbios. Sin duda estos fármacos tenían otros efectos más allá de sus acciones antimicrobianas. ¿Afectaban los microbios a las mitocondrias? ¿O funcionaba la doxiciclina porque actuaba sobre las mitocondrias, sobre el metabolismo, ya que alguna vez fueron bacterias antiguas?

El artículo listaba varios fármacos investigados por la campaña ReDo (Reutilización de Fármacos para el Cáncer) por su potencial anticancerígeno. Listaba la cimetidina, que yo también había tomado durante unos meses unos años antes por sus efectos estimulantes del sistema inmunológico y anticancerígenos, pero el dipiridamol no aparecía por ningún lado. No importaba; ¡la Care Oncology Clinic estaba trabajando en ello con los otros fármacos! No puedo empezar a decirte lo encantada y emocionada que estaba.

Me levanté, me puse a bailar por la cocina como una lunática y luego rompí a llorar inmediatamente. La emoción salió a borbotones. Me di cuenta de que esto lo cambiaría todo. Euforia de que finalmente podría haber un cambio serio en el tratamiento del cáncer. ¡Dos dedos a todos esos oncólogos arrogantes que me habían ignorado! Este ensayo me daría la razón, ¡lo sabía! Estaba tan emocionada de tener finalmente un lugar al que enviar a los muchos pacientes que se me acercaban para pedir ayuda. Esta clínica significaba que ya no tenía que luchar sola contra la profesión médica, con puertas cerrándose en mi cara, siendo mirada con desprecio, riéndose de mí, menospreciándome, con dedos clavados en el pecho. Aquí estaba la validación de todo lo que había dicho y pensado sobre el cáncer y que había sido descartado como ridículo.

¿Cómo podía una humilde fisioterapeuta, aunque superviviente de estadio IV, haber vivido cuando tantos eminentes científicos oncológicos habían muerto? A los ojos de los médicos era una remisión espontánea, una anécdota, una anomalía médica. Ahora había encontrado mi ejército, luchando contra estas doctrinas arraigadas, no en el otro extremo del mundo, sino aquí mismo en Londres. ¡Casi no podía creerlo!

Me di cuenta con consternación de que esto significaba que finalmente tendría que escribir mi libro, y escribirlo removería muchos recuerdos dolorosos. Pero sin mi ayuda me preocupaba que esta clínica tuviera dificultades. Sabía de la Ley del Cáncer de 1939, que significaba que no podían anunciarse. Necesitarían una paciente que abanderara su causa. Y yo era la paciente cero.

No quería que el cáncer volviera a jugar un papel central en mi vida. Desesperadamente quería enterrarlo, que mis luchas fueran olvidadas, que la gente nunca supiera lo que había pasado. Pero mi historia tendría que ser contada. Los pacientes necesitarían saber que había caminado en sus zapatos, que yo también había sentido la tristeza, el dolor y la desesperación. Necesitaba que supieran que había esperanza y mucho más que podían hacer. Pero significaría revelar detalles íntimos de mi enfermedad, mis relaciones y mis luchas. Quedaría desenmascarada. Maldición.

Pero esta vez no estaría luchando por mejores tratamientos para mí misma; estaría luchando por todas las madres, padres, hijas e hijos afectados por esta terrible enfermedad, cada uno de ellos muy defraudado por el actual e inadecuado estándar de atención. Los pacientes merecían algo mejor; estaban demasiado enfermos para luchar por sí mismos o darse cuenta de lo mal que las compañías farmacéuticas les estaban tratando. Estaba convencida de que con el cóctel adecuado, ya teníamos todos los fármacos necesarios para curar el cáncer.

¿Quién había fundado la clínica? ¿Qué esperaban ganar? ¿Quién la financiaba? No podía ser una gran compañía farmacéutica ya que todos eran fármacos baratos sin patente y no tendrían ningún interés financiero. Estaba confundida. ¡Pero igualmente emocionada! ¡Esta clínica podría sacudir a toda la profesión médica! Sin duda no iba a ser popular con la Gran Farma.

De inmediato llamé a mi amiga Louise. Acordamos quedar a comer en un café.

«¡Eso es increíble!», dijo cuando le mostré el artículo. «¡Qué cambio de rumbo por parte de Stebbing! ¡Está recetando exactamente los fármacos que no quiso darle a Rachel hace solo unos años!»

«Siendo justos, no creo que pudiera haberle recetado la metformina ya que ella no era diabética, y la estatina es para bajar el colesterol y no se usa normalmente para el cáncer, así que estaba en una posición muy difícil. Los oncólogos tienen las manos atadas por protocolos estrictos. Es difícil para ellos recetar estos fármacos; en muchos sentidos parece más difícil ahora que hace diecisiete años cuando los conseguí yo, aunque la investigación es más sólida.»

El camarero me trajo mi taza de té verde, que de buena gana habría cambiado por una copa celebratoria de tinto. «No es fácil para los médicos salirse de las estrechas opciones establecidas por el NICE. Tienen que ser muy valientes y saber que el paciente o sus familiares no van a volver y demandarles.»

«Sí, pero sabe que el paciente se está muriendo. Si algo puede funcionar, ¿no deberían los médicos intentarlo?»

«Estoy de acuerdo contigo, Lou. La burocracia es una locura.»

Unos meses después de que el programa se emitiera, me puse a escribirle al Profesor Stebbing:

Estimado Profesor Stebbing, Estoy segura de que recuerda cuando le conocí hace unos años con Rachel T-C exigiendo que se le recetara metformina y una combinación de lovastatina y etodolac. Le pido disculpas por ello. Una mezcla de frustración y, ehhh... más frustración, creo. No puedo decirle lo encantada que estoy de ver que se piensa de forma integral en el tratamiento del cáncer como una enfermedad sistémica y no solo como un problema local. Hay demasiado énfasis en las terapias microdirigidas hoy en día y escasa atención a lo macro. Me alegra mucho ver una clínica oncológica que ofrece usar estos baratos fármacos «sucios», ya que yo usé muchos de ellos para superar el cáncer en 1999 junto con cambios dietéticos y desintoxicación. Puede que haya olvidado, o puede que no le haya dicho, que tenía un cáncer cervical en estadio IV que se había extendido a los pulmones hace dieciséis años. Convencí a dos médicos integradores para que me recetaran dipiridamol (Persantina) y más tarde metformina, esta última la sigo tomando, y también tomé cimetidina por un corto tiempo, que me avergüenza admitir que compré directamente a una farmacia canadiense online. La lovastatina y el etodolac fueron una combinación que mi oncóloga (ahora jubilada) decidió que tenía suficiente investigación detrás como para recetármela a dosis altas durante tres meses. ¡De hecho estaba encantada cuando le di mi investigación, ya que ella misma estaba investigando las estatinas! Estoy segura de que está al tanto de toda la emocionante investigación sobre la vitamina D. Sulindac/lovastatina para el cáncer de colon, gemcitabina/curcumina para el cáncer de páncreas, naltrexona a dosis bajas y ácido alfa-lipoico... podría seguir... Me encantaría ir a hacer algún trabajo voluntario para usted; ¿habría algo útil que pudiera hacer? En cualquier caso, ¡ENCANTADA de ver esta clínica en funcionamiento! ¡Le enviaré pacientes! Y hablo en serio sobre el trabajo, ya que quiero hacer algo significativo mientras escribo mis memorias. Atentamente, Jane McLelland

Pulsé el botón de enviar y me pregunté cómo respondería el Profesor Stebbing y la clínica.

---

[2] http://www.telegraph.co.uk/lifestyle/wellbeing/healthadvice/11424747/The-professor-who-cured-his-cancer-with-a-cocktail-of-everyday-pills-and-20-years-on-remains-disease-free.html

[3] N.B. ¡La confrontación no es la mejor manera de acercarse a tu médico! ¿La mejor manera? Evidencia, evidencia y sí, más evidencia. Conoce el tratamiento tan bien como puedas.

— PROGRESO DE LA TRADUCCIÓN —

■ Parte 1: Portada · Agradecimientos · Prólogo · Introducción · 10 pasos · Caps. 1–2

■ Parte 2: Capítulos 3 · 4 · 5 · 6

■ Parte 3: Capítulos 7 · 8 · 9

■ Parte 4: Capítulos 10 · 11 · 12 · 13

■ Parte 5 (esta sesión): Capítulos 14 · 15 · 16 · 17

■ Próxima sesión: Capítulos 18 al 21 (aproximadamente)

Para continuar, sube el mismo PDF y escribe: «Continúa la traducción desde el Capítulo 18»

Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

PARTE 6 — Capítulos 18 al 21 + Entrada de Facebook + Parte Dos

Continuación de la traducción al español

Capítulo Dieciocho:

Movilizando a las tropas

Desde cualquier ángulo que lo mirara, la Care Oncology Clinic estaba intentando lograr algo monumental y sabía que tenía que ayudar. Si tenían éxito, amenazarían no solo a los gigantes farmacéuticos sino también a las grandes organizaciones benéficas contra el cáncer como Cancer Research UK (CRUK). Estas últimas sobreviven tanto de que el cáncer sea incurable como de mantener a la industria farmacéutica con un suministro constante de conejillos de indias para sus ensayos y nuevas patentes. La misión de CRUK era conseguir que más pacientes participaran en ensayos clínicos, para «evitar que más pacientes murieran» (mientras tomaban muchos medicamentos caros), no para encontrar una cura.

Las compañías farmacéuticas basan los lanzamientos de nuevos medicamentos en un retorno de beneficios de treinta años, con medicamentos desarrollados para fomentar recetas repetidas durante muchos años en lugar de curas únicas. Los viejos medicamentos sin patente les aportan muy poco.

¿Quiénes eran entonces las personas valientes detrás de esta clínica que se atrevían a desafiar el statu quo? Con un poco de investigación de fondo, descubrí que la Clínica es propiedad de Seek, una empresa privada de biotecnología con algunos científicos realmente brillantes. Están rediseñando la metformina y otros medicamentos antiguos, así como el ibuprofeno, para que puedan administrarse de forma más eficiente en las áreas necesarias con menos efectos secundarios. Un genio.

No esperan ganar mucho dinero con la Clínica; está ahí para estudiar las combinaciones de medicamentos, poner en práctica un enfoque metabólico y permitir que los médicos hagan el trabajo para el que se inscribieron como estudiantes de medicina: mejorar vidas y que los pacientes se recuperen. No envenenarlos con fármacos cada vez más tóxicos y hacer que sus últimos meses en la Tierra sean una miseria.

Al día siguiente, llegó a mi buzón un correo electrónico de respuesta de Gregory Stoloff de la Care Oncology Clinic. ¡Al parecer ellos también estaban igualmente emocionados de haberme descubierto! Gregory y el Dr. Robin Bannister querían reunirse conmigo lo antes posible para intercambiar ideas. Santo cielo. No puedo decirte qué impacto me causó esto. Durante años había estado desafiando la forma en que los oncólogos prescriben tratamientos, librado silenciosamente mi pequeña guerra en solitario, defendiendo los medicamentos antiguos y perdiendo. ¿Que me preguntaran lo que pienso? ¿Y que compartiera mis ideas? Para mí, estos conceptos eran ajenos a la mayoría de la profesión médica; la mayoría de los oncólogos eran un muro de ladrillo.

Cuando conocí a Gregory y Robin, me maravilló su entusiasmo y compromiso. Estábamos tan en la misma onda que sentí ganas de llorar. Habíamos viajado por caminos completamente diferentes para llegar al mismo cruce, ¡y ahora nos marchábamos en la misma dirección!

Aunque su cóctel es actualmente rechazado por la profesión médica en general, no encontré nada controvertido en su enfoque. Coincidía totalmente con el mío: combinar los medicamentos antiguos y atacar los diferentes impulsores metabólicos. Estresar el cáncer, privarlo de alimento, debilitarlo y luego desencadenar la apoptosis.

Gregory había trabajado en fusiones entre gigantes farmacéuticos. Vio de primera mano cómo los medicamentos antiguos se quedaban en el estante acumulando polvo. Es difícil conseguir que Gregory hable de sí mismo, pero he llegado a saber que inicialmente estudió medicina antes de pasarse a las finanzas, y sus ojos permanecieron abiertos a la visión más amplia y los grandes problemas de la medicina. Pero a pesar de crear su propia compañía farmacéutica para explorar sus ideas, siempre ha sido un outsider en ese mundo. Su enfoque fresco y lateral de los problemas es lo que la industria necesita, pero no es bienvenido en un mundo dominado por grandes corporaciones con intereses creados en mantener precios y beneficios altos antes que a las personas. No encaja en el perfil.

Fue una reunión increíblemente emotiva para mí. No creo que entendieran lo mucho que significaba para mí ser finalmente reconocida por todo el tiempo y el esfuerzo que había dedicado a la investigación, no solo para mí misma sino también para amigos y familiares. No podían conocer los obstáculos que había enfrentado. Seguir adelante a pesar del rechazo y el desprecio. La constatación de lo cerca que podría haber estado de salvar a algunos de mis amigos si solo los hubiera puesto en más de los medicamentos reutilizados. Usados adecuadamente, en el momento adecuado, en la combinación adecuada y en las dosis correctas, sabía que tenían tanto potencial para salvar vidas. Siempre habrá pacientes para quienes el tratamiento llegue demasiado tarde. Nada, por muy asombroso que sea, va a funcionar si el daño de los órganos es demasiado grave a causa de otros tratamientos o del propio cáncer. Las remisiones a largo plazo, incluso con pacientes en estadio avanzado, serán el objetivo de la Clínica y tengo toda la confianza en que pueden lograrlo.

Es difícil hablar de curaciones. No he tenido ningún «episodio» de cáncer durante años, pero nunca puedo decir que estoy curada. Segura de que mi enfermedad está controlada, sí, pero «curada» es una palabra grande e incómoda. Ciertamente, cuanto más tiempo permanezco libre de enfermedad, más segura estoy.

Cuando dije que sentía que había sido sobretratada con quimioterapia, estuvieron completamente de acuerdo. ¿Qué? Tuve que seguir pellizcándome para asegurarme de que lo estaba escuchando correctamente. En efecto, planean devolver a los pacientes a la normalidad usando quimioterapia a dosis bajas donde sea posible, consiguiendo que su oncólogo esté de acuerdo.

Cuando salí de esa reunión, nunca me había sentido tan total y apasionadamente impulsada. Sabía que haría lo que fuera necesario para conseguir que esta terapia fuera aceptada por los médicos convencionales. Los pacientes habían sufrido suficiente.

¿Cómo iba a difundir la palabra? Cuando mencioné cómo había curado mi cáncer con un puñado de viejos medicamentos y que había una nueva clínica que ofrecía un cóctel similar en algunos grupos de Facebook, no obtuve la respuesta entusiasta que esperaba. Los pacientes

no estaban seguros de usar ningún medicamento, por pequeña que fuera la toxicidad. La mayoría quería curas naturales, si acaso. Los pacientes necesitarían ser educados. Era hora de «salir del armario» y admitir públicamente que había estado enferma de cáncer terminal, con un grupo cerrado de Facebook dedicado a los medicamentos fuera de indicación con efectos anticancerígenos.

Promover directamente la Care Oncology Clinic no estaba permitido por la ley. La Ley del Cáncer de 1939 es una norma anticuada que impide publicitar los tratamientos contra el cáncer. Aunque entiendo que ayuda a prevenir que vendedores corruptos vendan curas falsas, también evita que la gente descubra una ayuda eficaz. En última instancia, mantiene a la Gran Farma en el control. Tenía que ser cautelosa, mencionando la Clínica por su nombre solo cuando me lo preguntaran.

La Clínica necesitaba que los pacientes pasaran por sus puertas. Sin los datos estadísticos que demostraran que la terapia combinada funcionaba, se arriesgaba a ser cerrada. Todavía lo hace. En los próximos años esperan reclutar a unos 5.000 pacientes en el estudio, así que se ha convertido en mi misión difundir el mensaje a las masas.

Hace unas semanas le estaba contando a una amiga sobre la Clínica en una cena cuando mencionó que su padre tenía cáncer avanzado. «¡Tienes que mandarlo a la Clínica!», dije, esperando que estuviera tan entusiasmada como yo. Le había explicado los tratamientos y cómo ayudarían a privar al cáncer de alimento. Pero su respuesta me tomó por sorpresa.

«No me lo creo. Si es tan bueno, ¿por qué el oncólogo de mi padre no se lo está dando ya?», dijo pareciendo completamente convencida.

No es inusual ni inesperado que un familiar bien intencionado de un paciente permanezca cerrado a sugerencias fuera del camino convencional. Los familiares pueden ser, sin querer, el obstáculo más difícil para la supervivencia de un paciente. Seguir un enfoque menos ortodoxo les parece demasiado arriesgado. Los nuevos fármacos de inmunoterapia o las emocionantes vacunas son muy tentadores, pero no hay que poner todos los huevos en la misma cesta. Añadir medicamentos metabólicos que priven al cáncer de alimento debilitará al enemigo y detendrá la resistencia a los fármacos. Las combinaciones son la respuesta a este «emperador de todos los males». No es inmortal.

Incluso mi propio médico de cabecera es reacio a la idea de usar una combinación de medicamentos antiguos. Cuando mencioné que iba a hacer voluntariado en una clínica de cáncer dijo: «Ese es el último lugar donde necesitas estar.» Llevé conmigo un recorte de prensa de The Independent sobre el Dr. Bannister, la Clínica y cómo los tumores de su mujer estaban encogiéndose con el tratamiento. Antes de ponerlo en el tablón de anuncios, decidí consultarlo primero con mi médico.

Echó un vistazo al artículo, leyéndolo por encima, y lo descartó. «Todo esto está muy bien, pero no hay ciencia detrás. ¿Dónde está la evidencia?»

¡Vaya! Había toneladas de ciencia. No podía creer lo que estaba escuchando. Aparte de abundante ciencia en el artículo, la prueba estaba sentada justo a su lado, viva y respirando, a

pesar de un diagnóstico terminal. Creo que llevaba tanto tiempo cuidándome que había olvidado que había sido estadio IV.

«Los resultados se publicarán eventualmente en una revista revisada por pares como el BMJ, pero ya sabe que tomé estatinas, etodolac y otros fármacos. Usted mismo me recetó la estatina después de que mi oncóloga sugiriera que siguiera tomándola. Puede ver que funcionó para mí. Mis marcadores se desplomaron durante ese tiempo.»

«Si es tan bueno, añádalo al agua.» Reacción instintiva típica de un médico.

«Sí, se podría argumentar un buen caso para que todo el mundo tomara metformina», repliqué. «Nuestras dietas tienen demasiados carbohidratos. No estamos diseñados para comer como lo hacemos. La dieta occidental es un desastre para el metabolismo. Tomar metformina regularmente detendría el desarrollo de muchos problemas de salud y reduciría significativamente su carga de trabajo.»

Si quería ciencia, lo cegaría con ella. Empecé a hablar sobre la metformina y la vía mTOR, las estatinas y el receptor Glut y la vía del mevalonato. Podía ver que realmente no estaba escuchando. Después de fingir interés durante un minuto, intervino con una sonrisa: «¡Ahí está el problema!» ¿Qué había detectado? «¡Solo buscan el dinero de la gente!», exclamó.

¿Qué? El coste total del tratamiento, incluyendo cuatro consultas y medicamentos para todo un año, ascendía a una mera 1.250 libras, aproximadamente 100 libras al mes, ¡lo que incluía el coste de los medicamentos! ¿En qué manera podría considerarse eso caro para una clínica de Harley Street, cuando el coste medio total de la atención oncológica se estimaba en unas 100.000 libras al año?

«Bueno, suerte con ello, pero apuesto a que no va a funcionar», añadió.

¿Ah sí? pensé para mí. «¿Cuánto apuestas? ¿Un millón?»

Apostamos una miserable libra, que le voy a cobrar. Y aun así no me dejó poner el recorte de prensa en el tablón de anuncios de la consulta. Cuando salí de su consulta, le conté su reacción a la recepcionista. Lo leyó de nuevo. «¿Puedo fotocopiarlo y llevármelo de todas formas?», preguntó. «Por supuesto», le dije, «¡llévatelo!»

Mi médico puede que tuviera razón en algo. Estar involucrada con una clínica oncológica es potencialmente una elección psicológicamente desastrosa para cualquier paciente de cáncer, incluso para uno sano. La pérdida, el dolor y el trauma me dejaron cicatrices físicas y emocionales profundas que sigo llevando. Pero a lo largo de los años he encontrado la fuerza y el valor para aparcar mis sentimientos personales y ayudar a muchos amigos y familiares a través de sus diagnósticos. He podido ayudar a muchos a sobrevivir mucho después de sus fechas de caducidad previstas.

La mayoría de las clínicas de cáncer son lugares profundamente deprimentes que me llenan de terror. El ritual de cortar, quemar y envenenar el cáncer, mientras se alimenta al paciente con pizza, patatas fritas y helado, servido con un muffin al lado y una botella de Coca-Cola para lavarlo todo. Con la Care Oncology Clinic, ya no tengo que luchar contra un

sistema anticuado. Si un paciente de cáncer me pide consejo, elaboro un Gráfico del Pequeño Problema, averiguo los impulsores metabólicos de su cáncer, uso mi Mapa del Metro (véase más adelante) para dar al paciente algunas opciones de tratamiento y lo señalo hacia la Clínica para ver a un médico. ¡Entonces me recuesto y suspiro de alivio! ¡No más reuniones tensas con oncólogos cerrados y arrogantes!

En pocos meses, ayudé a publicar dos artículos importantes en el Sunday Times y el Daily Mail, hablé en una Conferencia Metabólica clave sobre el cáncer, visité al diputado Adam Afriye en Westminster varias veces, conocí al exviceprimer ministro y ayudé a impulsar algunos pequeños cambios en la legislación sobre medicamentos sin patente. Por fin siento que puede que esté llegando a alguna parte, aunque sea lentamente.

Lo que logré con el Profesor Stebbing fue una relación de trabajo inusual en oncología. En otras áreas de la medicina, digamos en neurología, los médicos trabajan con equipos multidisciplinares que pueden incluir un fisioterapeuta, terapeutas ocupacionales y un equipo de enfermería ampliado. Los equipos integradores en oncología son lamentablemente inadecuados. Para mí deberían incluir un médico complementario o de medicina funcional, un nutricionista, un coach de estilo de vida, un dentista y un fisioterapeuta.

Con el Profesor Stebbing colaboramos y elaboramos una estrategia integradora y guiamos las decisiones de tratamiento de Rachel trabajando juntos. Como resultado, había tomado metformina, recibido terapia fotodinámica, vitamina C intravenosa, radioterapia estereotáctica (cyberknife) además de los tratamientos tradicionales, varios suplementos y modificaciones dietéticas. Fue tan refrescante recibir ánimos y apoyo para todo esto en lugar de desprecio y burla. Y no había ninguna duda de que nuestros esfuerzos conjuntos habían ayudado a que ella sobreviviera mucho más de lo que nadie había creído posible.

El Profesor Stebbing es un hombre genuinamente comprometido y no me sorprendió que se hubiera asociado con la Care Oncology Clinic. Como dice uno de sus colegas en su página web benéfica: «El Profesor Stebbing es un protagonista incansable y creativo en la batalla contra el cáncer. Siempre de mente abierta y receptivo a nuevas ideas, tiene el valor intelectual y la resistencia para llevar la lucha al enemigo. Es un tomador de riesgos, y desesperadamente necesitamos más como él.»

En efecto. Sin duda alguna.

Lo que realmente hace destacar a esta clínica para mí es que recopilan información no solo sobre estos medicamentos, lo que ya sería suficientemente asombroso por sí solo, sino sobre los otros suplementos y tratamientos del paciente. Durante la consulta se anota si el paciente está recibiendo vitamina C intravenosa, oxígeno hiperbárico, vitamina D, laetrilo, aceite de cannabis o cualquier otro fármaco fuera de indicación, y lo mejor es que no pestañean ante nada de esto. Se acabó mentir o engañar. Los datos se convierten en un crisol donde la verdad sobre lo que realmente funciona para cada tipo de cáncer eventualmente saldrá a la superficie.

Los ahorros de estos baratos cócteles de medicamentos, junto con los tratamientos convencionales apropiados y el consejo nutricional adecuado, podrían ser tan vastos que no puedo empezar a imaginarlo. ¿Podría esto por sí solo salvar al NHS? El precio de tratar a la mayoría de los pacientes de cáncer es de aproximadamente 5.000 libras a la semana, ¡mientras que la metformina cuesta solo cinco peniques al día! Incluso la metformina por sí sola es un fármaco maravilloso que revierte muchas enfermedades del envejecimiento. Podría potencialmente cambiar la salud de una nación cada vez más obesa en riesgo de síndrome metabólico, diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas y Alzheimer.

Mi esperanza es que un día pronto, recetar medicamentos fuera de indicación para el cáncer se convierta en lo nuevo normal y que los poderosos suplementos naturales reciban merecidamente su lugar en nuestros botiquines. Ha llegado el momento de cambios radicales en el pensamiento médico y no puede ocurrir lo suficientemente pronto. Pero el impulso para el cambio tiene que venir del paciente. Los médicos están demasiado limitados por sus protocolos y demasiado gobernados por el miedo y la presión de los burócratas del NHS.

Alguien me llamó activista esta semana. ¡¿Yo?! Dios mío, supongo que lo soy. ¿Quién lo hubiera pensado? Sí, estoy ahora en una especie de misión. Siento que estoy destinada a hacer esto. Desde luego implica informar a tanta gente como sea posible sobre este cóctel y difundir el mensaje. Ya no hacer nada ha dejado de ser una opción para mí.

O quizás la mejor manera es simplemente seguir difundiendo el mensaje sobre estos viejos medicamentos baratos y conseguir que los pacientes se adhieran. Mi página de Facebook arma al paciente de conocimiento, fuerza, esperanza y solidaridad. Si les anima a plantarse ante su oncólogo como el hombre frente a los tanques en la Plaza de Tiananmen, creo que, con la fuerza en los números, habrá un cambio gradual de actitudes.

Lo que ahora me importa es asegurar que otros pacientes no tengan que sufrir los lamentablemente inadecuados tratamientos contra el cáncer que tenemos hoy. La gente está muriendo y sufriendo innecesariamente, las familias se destrozan y la profesión médica es dolorosamente lenta para cambiar. Pero todo esto puede y cambiará con la introducción de medicamentos y suplementos de bajo coste.

En lugar de dirigirme a la profesión médica o a los médicos integradores, decidí que la solución sería llegar a los pacientes. Dado que ambos lados siguen sin proporcionar una cura, cada vez más pacientes están investigando mi camino intermedio, uniéndose a mi revolución online. Esta terapia de cóctel tiene implicaciones globales éticas, sociales y financieras y esta revuelta liderada por pacientes está ocurriendo ahora mismo. Nosotros los pacientes tenemos mucho más poder del que nos hacen creer y debemos aprender a usarlo.

Gregory Stoloff, Robin Bannister, Justin Stebbing y su equipo de médicos, científicos e investigadores están apostando su reputación por estos baratos medicamentos antiguos, y yo también. Son pioneros valientes. Son verdaderamente extraordinarios.

■■ Kim, Hyung-Hwan et al. «Efectos aditivos de la estatina y el dipiridamol sobre el flujo sanguíneo cerebral y la protección contra el ictus.» Journal of cerebral blood flow and metabolism 28.7 (2008): 1285-1293.

■■ Principalmente para hablar sobre la Ley de Medicamentos sin Patente y la Ley Saatchi, que ahora se han fusionado en la Ley de Innovaciones Médicas.

Capítulo Diecinueve:

La maternidad, por fin

Es marzo de 2015 y estoy sentada en un estudio justo al lado de Carnaby Street, una zona de Londres llena de tipos de los medios de comunicación con ropa hipster (que en cualquier otro lugar podrías confundir fácilmente con personas sin hogar), con su jerga de marketing apenas descifrable. Echo un vistazo alrededor de la sala y observo a la docena de otros padres esperanzados con su variada selección de hijos con talento. Me pregunto cuántos de ellos también habrán luchado con la infertilidad, o cuántos serán divorciados o separados, cuidando de hijastros o medios hermanos. Las familias eran tan complejas hoy en día. Contra todo pronóstico, Andrew y yo finalmente habíamos llegado a la paternidad; nos había llevado diez años de fracasos desgarradores. Finalmente nos habíamos convertido en los orgullosos padres de dos chicos preciosos. Casi nadie consideraba ya la gestación subrogada como algo extraño o inusual. Aunque no se lo había contado a mucha gente. En la escuela de Jamie, solo un par de las otras mamás de su clase lo sabían.

En ese momento, Jamie salió de la sala de la audición con una gran sonrisa en la cara.

«¿Cómo te ha ido?», le pregunté. Nunca me permiten entrar a las audiciones con él, así que no tenía ni idea de lo que le habían pedido que hiciera.

«¡Les dije que anoche cené un cubo KCF Big Value y que fue la mejor comida que he probado en mi vida!»

Las otras mamás se ríen de su confusión con el nombre, pero interiormente me estremezco. Le había comprado dicha comida como «investigación» para la audición de KFC. Sentía curiosidad por su reacción, ya que nunca había probado ni un bocado de comida rápida. No es fácil de lograr con un niño de ocho años. En 2006, KFC había estado en el banquillo por el uso de grasas hidrogenadas. Y después de todo mi tiempo educándolo sobre los alimentos saludables, un solo sabor de los potenciadores de sabor químicos y las aves de corral insulsas criadas con hormonas y antibióticos, y estaba enganchado. ¡Maldita sea!

Visiones de Jamie en el futuro flotan por mi cabeza. Lo veo tumbado en un piso compartido con actores en paro, una pila de cartón grasiento en el cubo de basura y platos sin fregar en el fregadero.

«¡Bien hecho! Veamos si te llaman para una segunda audición, cariño», digo mientras lo saco del edificio. Si le llamaban para otra, tendría que rechazarla por principios y eso enfadaría a su agente. Solo estaba allí para practicar audiciones; lo último que quería era que consiguiera el trabajo.

Jamie había empezado a actuar el año anterior y sé lo que estás pensando. No, te prometo que no soy una mamá exigente. De verdad. Es un natural y parecía solo justo fomentar su confianza en algo para lo que obviamente estaba destinado. Los viernes por la

noche siempre son o un espectáculo de magia con su hermano pequeño Sam como su fiel asistente, o los dos haciendo una dinámica exhibición de baile, o una obra de teatro divertida. Ya había aparecido en varios anuncios de televisión, algunos cortometrajes y estaba a punto de rodar un papel con diálogos en Call The Midwife para la BBC.

Jamie puede ponerse delante de una multitud de personas y simplemente hablar, sobre cualquier cosa, sin aparente miedo escénico. Me asombra la facilidad con la que aprende sus líneas, luego se divierte sin preocuparse de nada hasta que se pronuncia la palabra «¡Acción!». Entonces se convierte en alguien que actúa con total convicción, incluso con acento cockney si es necesario. No es fácil para un niño criado en el sudoeste de Londres con acento refinado.

Siempre he tenido miedo de hacer el ridículo en público y de adolescente era extremadamente tímida. Hoy tengo un enfoque más despreocupado. Vencer un cáncer terminal te hace sentir que puedes enfrentarte a la mayoría de las cosas. Pero sigo siendo un manojo de nervios si me piden que hable sobre mi experiencia con el cáncer, algo que parece ocurrir cada vez más. Espero que se vuelva más fácil, aunque no puede ser tan malo como mi agotadora experiencia en Dragon's Den.

Al salir de la audición, miro el reloj. Deberíamos llegar a casa para el abrazo de las buenas noches de Sam. Su hermano pequeño llegó tres años y medio después de Jamie gracias a la misma maravillosa gestante, otro precioso regalo de total adorabilidad. Sam es muy deportista y no está nada interesado en el drama. ¡No creo que pudiera aguantar dos actores en la familia; la rivalidad entre hermanos ya es intensa!

Cogemos el autobús de vuelta a casa y Jamie ataca sus deberes en el piso de arriba. Nunca cogemos el metro a menos que sea tarde, ya que no soporto la aglomeración y los sobacos malolientes. Como de costumbre, Jamie no está ni remotamente interesado en su libro. Es durante estos momentos a solas con él cuando a menudo pregunta sobre su nacimiento, especialmente cuando cogemos el autobús número 14 por delante del Hospital Chelsea and Westminster. Donde entró en nuestras vidas como una marea de alegría.

Sus preguntas han pasado de «¿Cómo se hacen los bebés?» a otras algo más detalladas, pero siempre resultan en conversaciones interesantes y entretenidas de escuchar.

«Cuando Tabatha me parió, ¿me llevaste a casa de inmediato?»

Puedo ver al hombre de delante fingiendo leer, con la cabeza ligeramente girada hacia nosotros. No tengo ningún problema en contarle a Jamie cómo lo creamos y lo increíble que es su «mamá barriga» Tabatha.

Una bonita chica rubia joven frente a nosotros capta la atención de Jamie y él le sonríe con picardía. ¡Es un coqueto nato! Afortunadamente ya ha dejado de sacar la lengua a cualquiera que le sonría. Cuando tenía dos años, una vez recorrió todo el vagón señalando a cada persona por turno diciendo: «Él tiene pilila. Ella no tiene pilila. Él tiene pilila...» mientras yo me ruborizaba furiosamente e intentaba detenerle. ¡Mortificante! Pero muy divertido. La timidez es una palabra que no figura en su diccionario.

«¿Es doloroso tener un bebé?», pregunta. Obviamente ha visto algo recientemente en la televisión. Le estoy preparando para su papel en Call The Midwife, así que estoy bastante relajada al respecto. Como parte de nuestra charla hablo de cómo el parto es diferente para cada mujer. Describo cómo funciona una máquina TENS para hacer que toda la experiencia del parto sea más fácil. El hombre de delante ha estado leyendo la misma página durante bastante tiempo.

La gestación subrogada es algo sobre lo que siempre he sido abierta tanto con Jamie como con Sam. A Jamie le encanta escuchar la historia de cómo nació: la carrera al hospital, cómo casi llegó al mundo en el asiento trasero de nuestro coche, cómo habíamos conducido pasándonos semáforos en rojo para llegar al hospital desde Kent, y la alegría completa y total que fue para nosotros cuando por primera vez pude sostenerle en mis brazos.

Andrew y yo habíamos esperado tanto ese momento. «Hola Jamie», le había dicho mientras le acunaba en mis brazos, mirándole a sus brillantes ojos azules, increíblemente parecidos a los míos. Parpadeó hacia mí desde su arrugada carita con una mirada de sabiduría como para decir: «Ah, estoy en el hospital y tú debes de ser mi mamá. Hola, mamá.» Si entonces hubiera sabido cuánto le gustaría el drama, me habría dado cuenta de que lo que realmente decía era «¡Tacháaan!». Nunca, nunca lo olvidaré.

Lo que no le he contado a Jamie es el detalle más fino de aquella primera noche: cómo las enfermeras tristemente no supieron cómo manejar nuestra gestación subrogada. Asistí a varias clases de preparación al parto en el hospital, pero me miraban con cierta suspicacia ya que no tenía tripa. Al llegar al hospital, Tabatha ya tenía diez centímetros de dilatación y las contracciones venían en rápida sucesión. Habíamos llamado por adelantado para avisar de que era un acuerdo de gestación subrogada y que íbamos de camino. Resultó que el hospital solo había visto un parto por gestación subrogada antes, y había sido una pareja gay. Dando por sentado que también éramos hombres gay con una gestante femenina, habían asignado a una matrona gay para recibirnos. Estaba todo sonrisas al principio, pero su actitud cambió inmediatamente cuando descubrió que era un acuerdo heterosexual. Su desaprobación era obvia. ¿Era un acuerdo gay perfectamente aceptable, pero no una mujer pidiendo a otra mujer que le llevara a su bebé? Era tan despectivo con nuestras preocupaciones que pedimos otro matrón o matrona.

Tabatha fue trasladada a la sala de partos. Nos dijeron que la sala de partos era demasiado pequeña para todos nosotros y que Andrew tendría que esperar fuera. Parecía destrozado. «Demasiado lleno», habían dicho, pero ninguno de los dos íbamos a perdernos el nacimiento de nuestro hijo. Tabatha y yo les dijimos muy claramente que queríamos que Andrew asistiera, así que entramos todos, desobedeciendo las órdenes. Y había más que suficiente espacio.

Jamie se negó rotundamente a salir. Pero después de un poco de persuasión por parte del obstetra, ¡allí estaba! Mi mundo cambió en un instante. Un niño. Nuestro niño. Mi Jamie. Me enamoré al instante.

Tabatha estaba tumbada sonriendo, aliviada de que hubiera terminado. La última fase había sido agotadora para ella.

«Es perfecto», dije, llevándoselo. «¿Cómo podemos agradecerte esto nunca?» Estaba llena de felicidad.

«¡Bueno, ahora es todo tuyo!», sonrió. «¡Yo he hecho la parte fácil, ahora te toca a ti!»

«Verdaderamente has sido un ángel.» La besé y le pasé a Jamie a Andrew. Tuvo su primer momento de orgullo paternal. Él también estaba abrumado.

No hubo ninguna muestra de alegría o júbilo por parte del personal. No era como me lo había imaginado en absoluto. No sabían cómo reaccionar ante esta situación. ¿Les estaba robando un niño? ¿Deberían alegrarse por mí? ¿Estar tristes por Tabatha? Al final, todo lo que obtuve fue un silencio pétreo y miradas heladas. Lo ignoré todo. Estaba en el cielo con mi pequeño.

La actitud hostil no terminó ahí. Para mi consternación, continuó cuando volvimos a la planta. El ambiente estaba cargado de desaprobación y juicio. El personal me miraba o actuaba como si no existiera. Me ignoraban, hablaban por encima de mí y eran directamente groseros. Todo lo que hacía era criticado. Las enfermeras venían hasta nosotras, pero en lugar de hablar conmigo, dirigían todos los aspectos de la crianza, la lactancia, el cambio de pañales y el baño a Tabatha, ignorando por completo mi existencia. Ella educadamente les dijo que ella no era la madre y que por favor podrían hablar conmigo. Era tan innecesario.

Desde luego no les gustó que me negara a lavar a Jamie de inmediato, y tampoco aprobaron que me quitara la camisa y le diera contacto piel con piel. ¡¿Cómo me atrevía?!

Viendo el vínculo que estaba estableciendo, una comadrona me dijo secamente: «Ese niño tiene demasiado frío. Hay que vestirle.» Tonterías. La planta estaba tan caliente que una madre acababa de desmayarse por el calor; todo el mundo se quejaba. Cuando finalmente lo vestí, a regañadientes, con un pijama ligero, otra comadrona comentó: «Ese niño tiene demasiado calor.» Ay.

Como Jamie había tardado un poco en salir, necesitaba quedarse en el hospital esa noche para comprobar sus pulmones.

«Tendrá que irse a casa y dejar a la madre de nacimiento con el bebé», me dijo la enfermera jefe con brusquedad. ¿Qué?! ¿Y dejar a Tabatha para que se vinculara con él? ¿Cómo podía ser esa la mejor decisión? Tabatha estaba igualmente desconcertada.

«¡De ninguna manera me voy a casa sin mi hijo! Me voy a quedar aquí mismo», dije. «Si hay alguna decisión que haya que tomar sobre él, voy a estar aquí para tomarla.»

No sentó bien. El personal se negó a dejarme quedarme en la planta. Aparentemente no había camas disponibles para mí, aunque conté al menos ocho libres en la planta y otras cinco salas laterales vacías. Corrí a la planta privada para ver si podía tomar una habitación para la noche, pero no, tampoco había ninguna disponible allí. Volví corriendo a la planta y les

supliqué que me dejaran quedarme.

Discutí, pero no lograban ver lo importante que era para mí permanecer con Jamie. Les expliqué que sería injusto para Tabatha tener ese tiempo con Jamie; era un tiempo crucial de vinculación entre él y yo.

Increíblemente, convocaron a la gestora de camas del hospital para que viniera a tener una palabra conmigo. Esta mujer grande y dominante me dijo secamente que no había sitio para mí y que tendría que irme a casa. Vaya.

Esperé hasta que el turno de las enfermeras cambió a las siete de la tarde y la gestora de camas se había ido a casa. Con atrevimiento, simplemente me mudé a una sala lateral, metí a Jamie y no dije nada. No me iba a casa y eso era definitivo. Tendrían que llamar a la policía.

Nadie me cuestionó, así que me senté en la cama con mi precioso bebé en brazos. «Hola, Jamie», le dije de nuevo a los pequeños ojos azules que me miraban. «Hola, mamá», dijo su pequeña cara arrugada y fruncida. ¡Qué alegría! Era la mejor sensación del mundo. Al diablo con el personal grosero. Mi mundo estaba aquí mismo en mis brazos. ¡Nadie iba a arruinar el mejor día de mi vida!

Más tarde, con Jamie dormido en mi regazo, una enfermera nocturna de más edad me visitó y me explicó por qué estaban siendo tan malos. Me confió que todos pensaban que había coaccionado a Tabatha para que entregara al bebé. Asumían que estaría destrozada y angustiada por darlo. En realidad, ella estaba absolutamente encantada con su «trabajo» y lo estaba llevando muy bien. Estaba en la gloria de haber conseguido un niño sano para nosotros después de todo lo que habíamos pasado.

«Les escucho hablar en la sala de personal. Simplemente no entienden. Ninguno de ellos ha visto nunca un acuerdo de gestación subrogada. Creo que es una historia increíble, así que intenta ignorarlos. No dejes que te molesten.»

Lo intenté, pero ya habían enturbiado lo que debería haber sido una experiencia completamente maravillosa. Era solo una noche, me dije. ¡Tenía toda una vida de noches de alegría por delante!

Esa noche no pegué ojo; saboreaba cada momento mirando a mi pequeño, tan tranquilo y pacífico en mis brazos. Estaba llena de asombro ante esta cosita tan pequeña, tan totalmente dependiente de mí. ¡ERA MAMÁ! Vaya.

A la mañana siguiente la gestora de camas irrumpió en mi habitación, furiosa. Me gritó palabras airadas, pero realmente no me importó lo más mínimo. Podía estar todo lo enfadada que quisiera. Francamente, me importaba un comino. Sus palabras me resbalaban.

«¿No es acaso política del hospital separar a una madre de su hijo?», dije. «Voy a escribir al director del hospital sobre su tratamiento despreciable hacia mí. Y puede recuperar su cama ahora mismo. No nos quedamos ni un momento más.»

Llamé a Andrew para que trajera el coche con el nuevo asiento de bebé. Necesitaba estar en casa. Hicimos las maletas y nos fuimos. Tabatha vino con nosotros; los cuatro dejamos atrás aquella tensa atmósfera. Al salir, nos tronchamos de risa ante la actitud del personal y la furiosa gestora de camas. ¡Había que verlo con humor! Estaba eufórica de estar finalmente en casa con nuestro niño. ¡Un niño! ¡MI niño!

Cuando llegó el momento del nacimiento de Sam, de nuevo gracias a la misma increíble ángel Tabatha tres años después, no teníamos ninguna intención de repetir la misma triste experiencia de parto. Elegimos el Hospital Kingston en su lugar. Habíamos aprendido mucho y nos dimos cuenta de que el personal necesitaba orientación, así que les dieron una lista completa de «Qué hacer» si algo salía mal durante el parto y una sesión informativa sobre cómo esperábamos ser tratados.

El personal presente en el nacimiento de Sam no podría haber sido más diferente. La llegada de Sam fue recibida con el tipo de alegría y felicidad de las comadronas que yo había esperado con Jamie, no con miradas de desdén.

El parto de Sam fue mucho más fácil, y el personal incluso me permitió traerle al mundo, una experiencia increíble. Otro niño perfecto. ¡Nuestra familia estaba completa! La familia que siempre había anhelado y pensé que nunca tendría. ¡Me sentía tan bendecida y tan afortunada! Me invadió el amor, totalmente enamorada de los dos.

La lucha por una familia había sido larga, dolorosa, difícil y costosa. Después de renunciar a la donación de óvulos, habíamos vuelto a ponernos en contacto con COTS y les habíamos preguntado si tenían alguna gestante dispuesta a ofrecer una gestación subrogada «directa», donde la gestante se insemina ella misma. Nos presentaron a Tabatha unos meses después y supe instintivamente que era la adecuada para nosotros. Era cálida, de corazón abierto y lo hacía por todas las razones correctas. Tabatha, ella misma comadrona con un hijo propio, dejó muy claro que quería hacerlo por nosotros porque había perdido amigos a causa del cáncer. Explicó que estaba rodeada de bebés todos los días y que le resultaría más fácil. Debo decir que no estaba del todo convencida de ello, pero a medida que la fui conociendo mejor desarrollamos un increíble sentido de hermandad. Realmente es una persona increíble y altruista.

A partir de entonces, le enviaba a casa de Tabatha entregas de alimentos orgánicos todas las semanas, le proporcionaba multivitaminas, folato, probióticos, masajes y reflexología. Quería que se sintiera tan especial como era. Incluso entonces tuvimos tres embarazos fallidos y dos años de intentos antes de lograr finalmente un embarazo saludable. En cada ocasión fallida, esperaba que Tabatha se diera la vuelta y dijera que ya había tenido suficiente, pero cada vez nos decía con determinación que seguiría intentándolo. Como yo, no era de las que se rinden. Adoro a esa mujer.

Cuando llegamos a casa de la audición, Sam había estado dormitando en la cama, pero en cuanto escuchó la puerta de entrada, saltó y bajó corriendo las escaleras para saludar y abrazar a su hermano mayor. Realmente adora a Jamie. Por muy bueno y saludable que sea este amor fraternal, en secreto me sentí un poco molesta por no haber tenido el primer turno

en los abrazos.

Pude tener mis abrazos con Sam más tarde, acurrucada en su cama mientras le cantaba una nana y le daba un masaje en la espalda. Jamie dejó de pedirme nanas cuando cumplió cinco años. Francamente no puedo culparle: siempre era la misma canción y mis habilidades en ese departamento son lamentablemente escasas. Jamie me dijo que ya no era un bebé y que por favor parara. Cara triste. Temo que Sam diga lo mismo. Me sentiré cada vez más redundante en el departamento de la maternidad a medida que crezca su independencia.

Al dar el beso de buenas noches a cada uno, dije mi oración silenciosa diaria de agradecimiento a Tabatha, sin quien la loca vida que llevamos sería tan diferente. Ha transformado nuestro universo más allá de toda medida. La alegría que veo en sus caras cuando jugamos en el parque, en casa o hacemos el tonto en el barco, y los espontáneos abrazos que me dan, me llenan de felicidad. Tienen los corazones más grandes y naturalezas amorosas y hermosas. Son verdaderamente especiales. No llegaron sin los desafíos habituales, pero nuestros chicos son el regalo más maravilloso que nadie podría darnos jamás.

Capítulo Veinte:

¿El futuro?

> *«En esta fecha, no estamos limitados por la ciencia; estamos limitados por nuestra capacidad de hacer buen uso de la información y los tratamientos que ya tenemos. Con demasiada frecuencia, las vidas terminan trágicamente no por el cáncer sino por la burocracia que vino con la inversión de la nación en la guerra contra el cáncer, por las juntas de revisión, por la FDA, y por médicos que no apoyan a sus pacientes o que tienen miedo de arriesgarse.»*

— Dr. Vincent DeVita, ex director del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), editor en jefe de The Cancer Journal, y autor de The Death of Cancer

Cada vez ha quedado más claro que la genética solo juega una parte de la ecuación. Incluso James Watson, pionero del ADN (junto con Francis Crick y Rosalind Franklin), está profundamente frustrado por el lento progreso en el campo del cáncer. Aunque inicialmente esperanzado con el proyecto Cancer Genome Atlas que cartografió todo nuestro código genómico, reconoció que secuenciar el ADN no reveló la respuesta que todos esperaban. Recientemente Watson se animó con el descubrimiento de que Stat3, un código de transcripción para los genes que les indica qué hacer, está involucrado en la mayoría si no en todos los cánceres. De manera importante, Stat3 está siendo reconocido ahora como un modulador crucial de la «respiración» mitocondrial, la forma en que produce energía, lo que apoya firmemente la teoría metabólica en lugar de la teoría genética o «somática» de la oncogénesis.

Stat3, un factor de transcripción, ha demostrado estar alterado primero (desencadenado por la inflamación), lo que luego resulta en cambios mutagénicos que aumentan el apetito del cáncer por más nutrientes, impulsando una proliferación celular cada vez más rápida. Existe ahora evidencia emergente de que la metformina, el medicamento diabético, bloquea esta vía mal funcionante, suficiente para que James Watson tome metformina diariamente como prevención. Pero está frustrado por la lenta adopción de esta simple intervención para cada paciente de cáncer.

A pesar de esto, sigue siendo positivo en cuanto a que en cinco años verá que el 80% de los cánceres se vuelven tratables, como yo también lo veo, si mi revolución despega.

Creo que casi todos los cánceres en estadio IV pueden pasar de ser incurables a tratables, a menos que el daño de los órganos sea demasiado grave, con la combinación correcta de medicamentos, administrados en el momento adecuado y en el orden correcto. Con demasiada frecuencia, la muerte es resultado de una quimioterapia demasiado agresiva o de un efecto secundario de las terapias tóxicas actualmente disponibles, como casi me ocurrió a mí. Mi roce con la leucemia fatal relacionada con la terapia estuvo demasiado cerca para mi gusto.

Necesitamos adoptar un enfoque más integral, combinando fármacos de menor toxicidad y terapias naturales, para lograr una remisión «suave», una que ponga al paciente en mejor estado sin matarle en el proceso. Actualmente, los pacientes reciben tratamientos agresivos y crueles, con demasiada quimioterapia, radioterapia y también cirugía demasiado agresiva. Creo firmemente que podemos curar el cáncer si adoptamos un mejor enfoque sobre qué y cómo usamos todos los fármacos ya a nuestra disposición.

Estoy convencida de que la respuesta al cáncer ha estado ahí todo el tiempo, muchas de las soluciones enterradas y perdidas en pilas de viejas revistas científicas esperando ser descubiertas. Y descubrirlas era cuestión de juntar la información antigua y los datos como un rompecabezas, encajando las piezas metabólicas juntas, tanto naturales como farmacéuticas, en combinaciones hambreadores del cáncer. ¿Había tropezado con una cura?

El «Tiro a la Luna de McLelland»

En lugar del actual enfoque profundamente defectuoso de tratar los cambios genéticos únicamente, seguramente la respuesta es tratar lo genético, lo metabólico y la señalización celular alterada juntos.

Este es mi «tiro a la luna»:

1. HAMBREAR TU CÁNCER (mi «Mapa del Metro»)

2. DETENER LA SEÑALIZACIÓN CELULAR ANORMAL (Hedgehog, Wnt, Notch, PPAR gamma, inflamación)

3. DETENER SU PROPAGACIÓN (bloquear los factores de crecimiento y las MMP)

4. APAGARLO (desencadenar la apoptosis de forma más suave y natural a través de la cascada de caspasas y la oxigenación; usar quimioterapia y radioterapia a dosis bajas)

5. ¡RECUPERARSE! Lo que incluye la desintoxicación, la recuperación del sistema inmunológico y la pérdida mitocondrial.

En ese orden, «pulsando» la apoptosis para que las células muertas puedan eliminarse de forma segura sin demasiada acumulación tóxica.

El Dr. Chi Van Dang, director del Centro del Cáncer Abramson en Pensilvania, también cree que la respuesta es privar al cáncer de su combustible, reconociendo el apetito insaciable de la célula cancerosa. Reconoce que están «adictas» a los nutrientes y que sin suficiente combustible, simplemente «se marchitan y mueren». Sin un suministro constante de alimento, el cáncer no puede sobrevivir.

¿Es posible entonces que controlar el cáncer o incluso una cura podría ser tan simple como tomar un puñado de viejos medicamentos baratos, con pocos efectos secundarios, junto con un estilo de vida modificado y una dieta hambreadora del cáncer? Imagina que en el futuro, si por mala suerte te diagnostican cáncer, pero solo un estadio 1 o estadio 2, qué simple y conveniente sería si todo lo que tuvieras que hacer fuera acercarte a la farmacia a

recoger una receta de unos pocos medicamentos y luego recibir algo de consejo dietético y de estilo de vida.

Los cánceres avanzados podrían necesitar más que este enfoque, con una gestión a largo plazo de la dieta y el estilo de vida y con el paciente siguiendo tomando algunos de los medicamentos. ¿Podría esta ser la respuesta para mantener una remisión duradera, de manera similar a como se controla el VIH hoy en día?

En mi visión del futuro veo a oncólogos y pacientes trabajando juntos con muchos otros profesionales de la salud. Pero necesitarán ser especialistas. Cada paciente de cáncer necesitará una dieta y un régimen de ejercicios personalizados. Cada cáncer está impulsado por cambios metabólicos y genéticos diferentes, razón por la cual nunca puede haber una recomendación específica. Si tu enfermedad está más impulsada por la glutamina (p. ej., cánceres con un gen MYC sobreexpresado), puede ser importante seguir una dieta más vegana, reduciendo las proteínas. Los melanomas, el cáncer de próstata y los cánceres «impulsados por Braf» que dependen más de las grasas y la glutamina deberían evitar las dietas cetogénicas.

Hace mucho que renuncié a intentar cambiar las actitudes en la profesión médica. En su lugar son los pacientes quienes se están uniendo a mi revolución, individuos que han probado todo lo demás, tanto convencional como complementario, y que todavía tienen el cáncer avanzando por sus cuerpos. Son ellos quienes se están uniendo a mí para usar estos viejos medicamentos y otras terapias naturales hambredoras del cáncer. Lenta y seguramente, a medida que más pacientes obtienen resultados y se producen remisiones increíbles, la palabra se está difundiendo.

Incluso cuando te diagnostican por primera vez, sigue existiendo una falta de comprensión sobre la necesidad de controlar la señalización celular anormal del tumor, su demanda de nutrientes, la influencia del estrés y la urgente necesidad de calmar la inflamación. Después de un diagnóstico de cáncer, normalmente te mandan a casa sin nada. Sin pastilla, sin tratamiento inmediato, solo con una cabeza que da vueltas a todo tipo de escenarios aterradores.

Años a partir de ahora, cuando las prácticas oncológicas finalmente cambien, como deben, estoy segura de que miraremos atrás con tristeza hacia cuántos pacientes murieron y sufrieron innecesariamente. Nos asombrará que la profesión médica persistiera durante tanto tiempo con tratamientos crueles y destructivos, engañada por el bombo y las falsas promesas de los nuevos fármacos farmacéuticos.

Ahora los artículos sobre los viejos medicamentos metabólicos se están acumulando. Hay pruebas innegables de su eficacia. Pero hay pocos «Ensayos Clínicos Aleatorizados» y por eso los médicos siguen siendo desdeñosos con estos medicamentos.

A pesar del increíble potencial del barato, sin patente, cóctel de medicamentos de baja toxicidad que describo en este libro, debes adoptar un enfoque integral. Si los tomas sin abordar tu sistema inmunológico, tu dieta, tu salud intestinal, tu estilo de vida y el estrés, no

obtendrás los mejores resultados. Un enfoque totalmente integrado, preferiblemente con un oncólogo que te guíe en tus elecciones tanto ortodoxas como complementarias, que comprenda la naturaleza metabólica del cáncer, será clave para el futuro de la profesión.

La investigación sobre la «reutilización» de medicamentos todavía está en sus primeras etapas y se considera experimental. Pero funcionan. ¿Debería el paciente esperar hasta que se completen los Ensayos Clínicos Aleatorizados, en otros diez o quince años? ¿Deberían los médicos seguir haciendo lo que les dicen e ignorarlos?

¡Fuera lo nuevo, bienvenido lo viejo!

La mayoría de los pacientes que se unen a mi grupo de Facebook tienen cáncer terminal. A muchos les han dicho que la medicina convencional no tenía nada más que ofrecerles. Así que con nada que perder y todo que ganar, unos pocos valientes empezaron a usar los medicamentos antiguos en 2015, y a pesar de los sombríos pronósticos, muchos de ellos están todavía vivos hoy. Uno a uno, otros les han seguido. Mi página crece ahora rápidamente, puramente de boca en boca, y estoy presenciando ante mis propios ojos cómo mi tripulación (son como familia para mí) logra remisiones increíbles. ¡Pacientes con tumores cerebrales incurables a los que solo se les daban semanas de vida, que hacían la educación en casa de sus hijos porque querían pasar cada segundo con ellos, que entregaban todas sus posesiones a sus familiares y se preparaban para sus inminentes funerales. Luego, de repente, descubriendo que les devuelven su vida. ¡Tumores cerebrales, metástasis pulmonares están desapareciendo... wow, wow, wow!

Para mí, ha sido un largo y duro camino de vuelta a la «normalidad», para retomar mi plan de vida. A veces los obstáculos parecían demasiado altos para escalar. Cuando todo parecía demasiado, me concentré en poner un pie delante del otro. Dando un paso a la vez. Y muy lentamente, con cada paso que daba, me acercaba cada vez más a la cima.

Estoy aquí mirando hacia abajo, a cada difícil camino que forjé para llegar aquí. El sol ha roto entre las nubes. La vista es simplemente impresionante.

■■ Doshi Peter, Jefferson Tom. The evidence base for new drugs BMJ 2015; 350: h952.

■■ Publicaré historias de supervivencia de pacientes en mi sitio web www.howtostarvecancer.com.

Entrada de Facebook: Abril de 2016

Hoy es un día muy especial. Hace muchos años me dijeron que nunca podría tener hijos, pero gracias a un ángel increíble, hace 10 años ese sombrío pronóstico quedó patas arriba. Luchando contra los atascos de tráfico para recoger a nuestra increíble gestante de su casa, corrimos desde Kent por la A2 hasta el Hospital Chelsea and Westminster, los ansiosos padres asomados por las ventanillas gritando a los peatones lentos que se apartaran mientras pisábamos el acelerador, saltándonos límites de velocidad, pasándonos semáforos en rojo y metiéndonos por carriles de bus para llegar al hospital a tiempo. ¡Jamie casi nace en el asiento trasero! Llegamos y salió el paquetito más asombroso que sigue deleitándome, sorprendiéndome, haciéndome reír y llenándome de alegría total. ¡Y tuvimos suerte de nuevo tres años después con mi maravilloso Sam! Los dos son tan adorables. Los dos son divertidos, ingeniosos y tan supertalentosos.

Para celebrar el cumpleaños de J, le llevé a un fin de semana especial, solo él y yo, en un tour cultural de París. ¿Qué cultura vimos? ¿El Louvre? ¿El Musée d'Orsay? ¡No! Hicimos un tour de fantasmas nocturno, corrimos entre fuentes y rodamos por laderas herbosas junto a la Torre Eiffel, saltamos sobre grandes rejillas de ventilación cerca del Arco de Triunfo, vimos espectáculos callejeros, nos hicieron las caricaturas a los dos (¡:-o!), hicimos un fantástico tour en bicicleta por la ciudad y perseguimos burbujas de jabón frente al Centro Pompidou. La exposición de Lego en Les Halles fue lo más cercano al arte que llegamos...

¡Feliz 10º cumpleaños a mi chico precioso!! ¡Qué fin de semana tan maravilloso! No puedo esperar a hacerlo todo de nuevo con Sam.

Te quiero a los dos con toda mi alma. Mamá xxxx

Mamá. Esa palabra todavía me produce una oleada de alegría.

Puede que haya sobrevivido al cáncer, pero tú, Tabatha, me devolviste la vida. Te lo debo para siempre.

PARTE DOS

El Protocolo Metabólico

Capítulo Veintiuno:

Tu cóctel para hambrear al cáncer

En esta sección describo lo que creo que son actualmente los mejores medicamentos menos tóxicos para hambrear y apagar el cáncer. Como con toda la ciencia, este es un campo que avanza rápidamente y enviaré actualizaciones por correo electrónico a través de mi sitio web.

La Analogía de «Piccadilly Circus» de Jane

Hace quince años, pocos investigadores del cáncer comprendían la célula madre, en el corazón de cada cáncer, la célula responsable de la resistencia a los fármacos y la metástasis. Tampoco se comprendía cuán «metabólicamente flexible» era la célula madre del cáncer, capaz de cambiar de usar una fuente de combustible a otra, redirigiéndose para mantener su suministro constante. Sin un cóctel integral que bloquee cada línea de combustible, el cáncer se vuelve «resistente». Pero no imagines la resistencia meramente como una «adaptación genética». Borra ese pensamiento de tu cabeza e inserta «adaptación metabólica». Para la mayoría de las personas esto es un cambio mental que les abre los ojos a dónde ha ido mal el enfoque del tratamiento durante décadas. En lugar de tratar solo los genes, deberíamos estar tratando el metabolismo alterado que va con ello.

Para hacer esto más fácil de entender, ahora lo explico a los pacientes de cáncer como mi «Analogía de Piccadilly Circus».

Esta es una vista aérea de Piccadilly Circus de noche. El lugar está en ebullición, con muchos peatones, autobuses, taxis y coches. ¡Es un lugar emocionante y vibrante! Incluso después de vivir en Londres casi veinte años, todavía lo encuentro emocionante. Bares, restaurantes, teatros, cines, clubes, galerías, la lista es interminable.

Mirando desde arriba, puedes ver a los peatones dirigiéndose en diferentes direcciones y los vehículos moviéndose arriba y abajo por Regent Street, Shaftesbury Avenue, St. James y Piccadilly.

Esto es similar en ciertos aspectos al comportamiento de una célula cancerosa. Se acepta que las células cancerosas poseen propiedades bioeléctricas distintas porque utilizan diferentes transportes de canales iónicos (p. ej., transportadores de canales de calcio). Y hay cambios genéticos comunes en muchos cánceres, como el p53, el gen supresor de tumores. Las diferentes direcciones del tráfico y las rutas cambiantes de los peatones representan los cambios genéticos. Pueden moverse en muchas direcciones, alterando su dirección de flujo. De la misma manera, un tumor puede contener hasta 2.000 mutaciones diferentes, lo que le permite evadir los tratamientos dirigidos genéticamente.

Lo que es menos visible es lo que ocurre bajo la superficie, o en el corazón del cáncer. Bajo la superficie está el sistema subterráneo, el «Metro» o sistema de metro. Y este tiene un

número finito de rutas. Son como las líneas de combustible de la célula madre del cáncer. Para llegar a Piccadilly Circus si una línea de combustible está bloqueada, puedes viajar por el metro y aun así llegar a tu destino por otra línea. De manera similar, la astuta célula cancerosa es capaz de redirigrse y seguir alimentándose con una fuente de combustible diferente.

A diferencia de los cambios genéticos donde puede mutar indefinidamente, bajo tierra hay menos opciones de reencaminamiento y mejores oportunidades de bloquear su crecimiento. Es la célula madre el verdadero talón de Aquiles del cáncer y sin embargo actualmente es ignorada por el sector convencional, que solo trata las células de división rápida.

Explicar la complejidad del cáncer a un paciente sin conocimientos médicos es difícil. Mi Gráfico del Pequeño Problema y mi sencillo Triángulo Hambreador del Cáncer, aunque útiles, no explicaban realmente las más numerosas rutas metabólicas y la necesidad de usar un cóctel más grande. Había averiguado cómo hambrear a mi propio cáncer, revirtiendo el metabolismo alterado bloqueando cada lado de mi diagrama triangular hambreador del cáncer. La misma combinación también ayudaría a otros de la misma manera. La combinación de mi cóctel de medicamentos junto con el cóctel de la Care Oncology Clinic creo que funcionaría de manera muy efectiva en muchos cánceres bloqueando muchas vías al mismo tiempo.

Los cánceres más agresivos o que se comportaban de manera diferente podrían necesitar más medicamentos y suplementos. Decidí investigar qué otras líneas de combustible usaban otros cánceres para hacerlos comportarse de manera diferente y buscar medicamentos fuera de indicación que debería añadir a mi triángulo para hambrear cánceres como el cáncer de mama triple negativo y los cánceres de páncreas.

Con mucho rascado de cabeza, frotamiento de barbilla, baños contemplativos, y más excavación a través de cientos de artículos de investigación, he reunido un cóctel integral y, creo, exhaustivo de medicamentos, basado en los hallazgos de los mejores investigadores que trabajan en el campo del metabolismo del cáncer (p. ej., el Profesor Thomas Seyfried, la Care Oncology Clinic, el Dr. Laurent Schwartz, el Profesor Gregory Riggins, el Profesor Michael Lisanti, el Dr. George Yu, el Dr. Michael Retsky, el Dr. Pan Pantziarka, el Dr. Ahmed Alsekka, el Dr. Abdul Slocum y muchos otros). Cuantos más medicamentos añades, menos de cada uno necesitas, siempre que apunten a diferentes vías. En teoría, al menos, esto significa que la quimioterapia y los tóxicos medicamentos de inmunoterapia podrían reducirse drásticamente.

Mis Sellos Distintivos del Cáncer

He identificado cinco procesos anormales que ocurren cuando una célula se vuelve cancerosa. Estos pasos o «sellos distintivos» del cáncer son:

1. Señalización celular anormal
2. Metabolismo alterado (el Efecto Warburg)
3. Evasión del sistema inmunológico

4. Metástasis (invasión y diseminación)

5. Resistencia a la apoptosis (inmortalidad celular)

Cada paso necesita ser tratado, pero queda claro para mí a partir de la investigación publicada que abordar el metabolismo alterado y hambrear el tumor es clave para lograr una remisión duradera.

Señalización Celular Anormal

La evidencia emergente sugiere que la causa del cáncer es la exposición prolongada a citocinas inflamatorias (p. ej., la citocina IL6 liberada por la grasa visceral profunda o infección crónica), o la estimulación prolongada de «Receptores de Tipo Toll», o la estimulación de factores de crecimiento y hormonas como el IGF-1 y la insulina. Los Receptores de Tipo Toll son detectores de patrones de patógenos ancestrales. Dada la señalización de IGF-1 e insulina que impulsa el crecimiento aumentando la disponibilidad de nutrientes, se incluyen en la siguiente sección, el metabolismo anormal.

Cómo tratar la Señalización Celular Anormal. Estas difieren en los cánceres individuales. Necesitarás investigar por tu cuenta online y preguntar a tu médico para averiguar si tu cáncer «expresa» alguno de los siguientes para determinar cuáles de estos necesitas:

Señalización Hedgehog

Presente en la mayoría de los cánceres. La berberina, la metformina y el antihelmíntico (desparasitante) mebendazol en particular son tratamientos eficaces contra esta.

> *Tratamiento: Berberina, Metformina, Mebendazol.*

Wnt/beta-catenina

La señalización Wnt está controlada por miR-34a, un micro ARN con actividad antiviral controlado epigenéticamente, por lo que puede estar relacionada con muchos tumores impulsados por virus. La desregulación de la señalización Wnt es responsable de la invasión y progresión de los herpesvirus (p. ej., CMV, Epstein Barr, VPH). Estos virus han evolucionado para manipular esta vía vital. El Wnt también parece desempeñar un papel en el fomento de las metástasis óseas. Cánceres impulsados por Wnt incluyen el colorrectal, el de ovario y riñón, el cervical, el hepatocelular y los sarcomas.

> *Tratamiento: La aspirina y el dipiridamol ayudan a frenar esta señalización celular anormal. También tienen efectos antivirales. La niclosamida, los AINE y la vitamina D3 también mejoran esta vía.*

Notch

Notch se asocia ahora con el cáncer cervical. Para combatirlo, el flavonoide natural luteolina es lo que se necesita. Sin saberlo, lo obtenía de forma natural en mi zumo diario de verduras rico en apio, aunque ahora hago trampa y tomo un suplemento, ya que la luteolina también es un inhibidor de SREBP-2. Los suplementos sulforafano y quercetina también

atacan esta señalización celular anormal. Los cánceres impulsados por Notch (p. ej., cáncer gástrico, de cabeza y cuello, cervical escamoso, algunas leucemias, glioma) podrían beneficiarse del fármaco niclosamida.

Tratamiento: Luteolina, sulforafano, quercetina, niclosamida.

TLR-4

El papel de este «Receptor de Tipo Toll» en el cáncer solo ha sido estudiado recientemente pero está presente en cánceres de cabeza y cuello, esofágico, gástrico, colorrectal, hepático, pancreático, cutáneo, mama, ovárico y cervical.

Tratamiento: Berberina. Naltrexona a Dosis Baja (LDN).

TLR-9

Está vinculado a los virus oncogénicos. El Profesor Angus Dalgleish, oncólogo en el hospital St George's en Londres, quedó tan impresionado después de presenciar la desaparición de algunos tumores avanzados que expresaban TLR-9 usando Naltrexona a Dosis Baja que la investigó más a fondo.

Tratamiento: Naltrexona a Dosis Baja (LDN). La cloroquina (hidroxicloroquina) también es un posible tratamiento.

Integrinas

Las moléculas de proteína integrina se encuentran en la superficie de las células y normalmente «sujetan» las células sanas en su lugar como velcro para formar tejidos y órganos. Una señalización defectuosa de p53 hace que las integrinas retrocedan hacia el interior de la célula, lo que permite que la célula cancerosa se desprenda y viaje en el torrente sanguíneo. Hipotetizo que el dipiridamol puede tener algún efecto, ya que tiene afinidad por las proteínas.

Posible tratamiento: Dipiridamol.

Receptor de Estrógenos

Estos receptores se encuentran dentro de las células. Están regulados al alza en cánceres de mama, ovario y endometrial, pero otros cánceres menos obvios también pueden ser estrógeno-positivos, como el gástrico y el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), e incluso el de colon e hígado. El indol-3-carbinol (I3C o DIM) y la melatonina ayudan a bloquear los receptores de estrógenos, al igual que la metformina.

Tratamiento: Indol-3-carbinol (I3C o DIM), melatonina, metformina.

EGFR

Si mi cáncer expresaba un EGFR activo no lo sé, pero si lo hacía, la berberina, el EGCG (té verde) y la curcumina son antagonistas naturales. A diferencia del gefitinib, erlotinib y lapatinib, estas alternativas naturales no vienen con efectos secundarios severos. La

cloroquina puede ser clave para prevenir la resistencia a los tratamientos dirigidos al EGFR y HER2.

Tratamiento natural: Berberina, EGCG (té verde), curcumina.

Interleucina 1 y 6 (PGE2)

Estas citocinas inflamatorias liberan la COX (ciclooxigenasa), una enzima que combustible el crecimiento pero puede ser neutralizada por un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

Tratamiento: Aspirina o un AINE más potente. Inicialmente usé aspirina y luego cambié al etodolac durante tres meses. Hoy sigo tomando 75 mg diarios de aspirina como parte de mi estrategia de prevención.

PPAR gamma

Este es un receptor en el núcleo que es un controlador maestro del almacenamiento de ácidos grasos y el metabolismo de la glucosa. Cuando la señalización Wnt está regulada al alza, el PPAR gamma está regulado a la baja. Esto ocurre en muchos cánceres. El PPAR gamma también controla la inflamación y la insulina. Es el objetivo de varios medicamentos diabéticos, las glitazonas, que reducen la resistencia a la insulina. Las estatinas, la berberina y un extracto natural llamado honokiol activan el PPAR gamma. El problema raíz está vinculado a una flora intestinal baja (bifidobacterias en particular) y a insuficientes aceites de pescado (omega-3), vitaminas A y D y omega-7.

Tratamiento: Estatinas, berberina, honokiol, ibuprofen (acción parcial).

Una vez que hayas averiguado cuáles de estas señales celulares anormales son aplicables a tu cáncer, puedes llegar al núcleo de tu tratamiento: cómo privarlo de alimento...

Nota: Los capítulos 22 al 25 y las secciones de Resumen y Referencias se incluirán en la siguiente entrega.

— PROGRESO DE LA TRADUCCIÓN —

■ Parte 1: Caps. 1–2 + material preliminar

■ Parte 2: Caps. 3–6

■ Parte 3: Caps. 7–9

■ Parte 4: Caps. 10–13

■ Parte 5: Caps. 14–17 (con Cap. 16 completo)

■ Parte 6 (esta sesión): Caps. 18–21 + Entrada de Facebook + inicio Parte Dos

■ Próxima sesión: Capítulos 22 al 25 + Resumen + Referencias

Para continuar, sube el mismo PDF y escribe: «Continúa la traducción desde el Capítulo 22»

Cómo hambrear al cáncer…

sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

PARTE 7 (FINAL) — Capítulos 22 al 25 + Resumen + Referencias

Traducción completa al español

Capítulo Veintidós:

Cómo hambrear al cáncer

Tratamientos para el Metabolismo Celular Anormal

Sería bonito pensar que podrías detener el metabolismo anormal del tumor con solo un puñado de fármacos y suplementos sin molestarte con el ejercicio y la dieta, pero según lo que he presenciado, esto simplemente no es posible ni prudente. Los que se esfuerzan por eliminar la fuente de combustible apropiada (principalmente la glucosa) de su dieta son los que mejores resultados obtienen. Hambrear el cáncer, creo, es el paso más importante para tratarlo. Una vez hambreado, está débil y vulnerable. Entonces mátalo.

Aunque este es un enfoque radicalmente nuevo para derrotar el cáncer, la evidencia se acumula rápidamente para respaldar esta idea. No se trata de hambrear al cuerpo, aunque el ayuno intermitente ayuda. Se trata de atacar el tumor con fármacos como la metformina para reducir la glucosa y las estatinas para reducir su capacidad de producir colesterol. A menudo escucho «tengo niveles normales de colesterol, no necesito una estatina», pero esto echa de menos el punto. Las estatinas funcionan, privan al cáncer de alimento, hay toneladas de evidencia. Si tienes dudas, escribe en Google tu tipo de cáncer, p.ej. «melanoma + estatina + Pubmed».

¿Cómo ocurre el metabolismo anormal? Las señales celulares anormales, especialmente la IL6 prolongada (inflamación) y la señalización TLR (patógenos), desencadenan algo llamado STAT3 en la célula. STAT3 es un «factor de transcripción» que habla con los genes de la célula y conduce a una alteración en su expresión (p.ej. sobreexpresión de Ras y AKT). Una regulación al alza de estos genes desencadena una producción excesiva de Acetil-CoA, el principal bloque de construcción para la generación de ácidos grasos, esteroles, aminoácidos y nucleótidos necesarios para fabricar las células «hijas».

El exceso de producción de Acetil-CoA lleva a la «acetilación» de las histonas del ADN (el andamio que rodea el ADN) que altera la polaridad del ADN. Esto tiene el efecto de neutralizar el potencial eléctrico de positivo a neutro, de manera que las histonas ya no son atraídas por su opuesto polar, permitiendo que las hebras de ADN se separen o «afloje» y por lo tanto permitiendo que los carcinógenos y virus entren en el ADN o se reactiven. Entonces resultan mutaciones genéticas.

El Mapa del Metro

Me ha llevado mucho tiempo investigar qué tratamientos y líneas son las mejores para atacar, pero aquí está: tu mapa de ruta para guiarte hacia los fármacos, suplementos y terapias que necesitas para hambrear tu propio cáncer, independientemente del tipo o estadio de la enfermedad. Mi Mapa del Metro representa la célula madre del cáncer metabólicamente flexible, presente en cada cáncer, capaz de cambiar sus diferentes rutas de suministro de

nutrientes, con algunas rutas más fáciles de bloquear que otras.

Al igual que el metro de superficie y subterráneo en Piccadilly Circus, hay dos sistemas separados en un tumor, cada uno comportándose de manera muy diferente y representando dos tipos diferentes de células cancerosas: células de división rápida y células madre del cáncer. Completamente distintas y que requieren dos enfoques de tratamiento completamente diferentes.

Mi «Mapa del Metro» no solo me ha ayudado a averiguar cómo se está alimentando la célula cancerosa, sino que es mucho más fácil para el paciente visualizar lo que está pasando. Poco a poco, a medida que investigaba y añadía más líneas de combustible, fui averiguando gradualmente cómo el cáncer recablea su metabolismo.

Vías Metabólicas del Mapa del Metro

Vías de la Glucosa: Glut 1 = Transportador de Glucosa 1, Insulina, Vía PP = Vía de las Pentosas Fosfato, OXPHOS = Fosforilación Oxidativa, Glucólisis Aeróbica.

Vías de la Glutamina/Aminoácidos: IGF-1 = Factor de Crecimiento Similar a la Insulina-1, Gln OXPHOS = Fosforilación Oxidativa de Glutamina, mTOR = Diana de Rapamicina en Células de Mamífero, Macropinocitosis (Autofagia), Recuperación de Nucleósidos (Autofagia), Glutaminólisis, Vía del Acetato.

Vías de los Ácidos Grasos: SREBP-1 = Proteína de Unión al Elemento Regulador de Esteroles-1, SREBP-2, ACLY = ATP Citrato Liasa, SÍN.AG = Síntesis de Ácidos Grasos, OX.AG = Oxidación de Ácidos Grasos, Vía del Mevalonato.

Cómo Hambrear al Cáncer de Glucosa

Insulina

La hormona más peligrosa del cuerpo. Reducida por: dieta de bajo índice glucémico, metformina, berberina, ejercicio apropiado y oportuno, picolinato de cromo, gymnema sylvestre.

Glut 1 (receptor transportador de glucosa)

El receptor Glut 1 se mueve a la superficie en el cáncer para aceptar más glucosa en la célula. Inhibido por: estatinas, quercetina.

Vía de las Pentosas Fosfato

DHEA (no para cánceres hormonodependientes).

Fosforilación Oxidativa (OXPHOS)

Berberina (causa fragmentación y despolarización mitocondrial), doxiciclina (suprime la función mitocondrial), metformina (prácticamente elimina la función del Complejo I), niclosamida (desacopla la fosforilación oxidativa del transporte de electrones).

Glucólisis Aeróbica (Efecto Warburg)

Puede bloquearse en varios puntos: vitamina C intravenosa (bloquea el paso 6 de la vía glucolítica G6PDH), ayuno a corto plazo (ralentiza la glucólisis), 2-Desoxi-d-Glucosa (2-DG, similar a la glucosa, bloquea la captación normal), metformina (inhibe la Hexocinasa 2). Nota: la inhibición glucolítica extrema sin bloquear otras rutas puede causar un efecto rebote a través de vías alternativas.

Cómo Hambrear al Cáncer de Grasa

La grasa es ignorada por muchísimas personas en el campo del cáncer. Generalmente considerada un macronutriente «seguro» para comer, no ha sido correctamente reconocida como fuente de combustible para el cáncer, especialmente las lipoproteínas de baja densidad. Los cánceres regulan al alza el receptor LDL en su superficie para adquirir más lipoproteína de baja densidad (LDL, colesterol malo) de la circulación. Las estatinas, al reducir la cantidad de LDL en circulación, ayudarán a prevenir esta captación de nutrientes. Todas las células cancerosas regulan al alza el metabolismo de las grasas para la fabricación de nuevas membranas celulares. Bloquear todas estas vías significa que la célula cancerosa luchará para hacer nuevas membranas celulares.

SREBP-1 (regulador maestro de la lipogénesis)

Berberina.

SREBP-2 (otra vía del colesterol)

Dipiridamol, luteolina.

ACLY (ATP Citrato Liasa)

Hidroxicitrato de Garcinia Cambogia, altamente eficaz.

SÍN.AG (Síntesis de Ácidos Grasos)

Metformina/berberina + aspirina. La metformina o la berberina reducen la disponibilidad de glucosa; la parte «acetilo» de la aspirina se une al aminoácido serina.

Mevalonato

Las estatinas lipofílicas (lovastatina, atorvastatina, simvastatina) bloquean la capacidad de la célula de producir colesterol para nuevas paredes celulares. Las estatinas hidrofílicas como la pravastatina pueden empeorar el cáncer en algunos casos; la simvastatina (lipofílica) tiene potentes efectos beneficiosos.

Oxidación de Ácidos Grasos

Doxiciclina (altera la oxidación de ácidos grasos), mildronate (inhibidor FAO olvidado, pocos efectos secundarios conocidos, uso muy experimental).

Cómo Hambrear al Cáncer de Glutamina y otros Aminoácidos

Los inhibidores directos de glutamina causan rápidamente necrosis de la mucosa intestinal y problemas en el sistema nervioso, así que inhibir la glutamina debe abordarse indirectamente, evitando fármacos inhibidores potentes como el acivicin o el DON.

Cada célula cancerosa necesita glutamina para crecer y las células cancerosas parecen ser particularmente adictas a ella si tienen una mutación MYC. La glutamina es el aminoácido más abundante en el torrente sanguíneo humano; se mantienen sus niveles a través de una combinación de absorción dietética, síntesis de novo y la degradación de proteínas musculares. La glutamina es necesaria para la fabricación de ADN, orgánulos, ácidos grasos, enzimas y para la producción de glutatión.

IGF-1

Detener esto es crítico. Para reducir el IGF-1: metformina, restricción dietética de proteínas y lácteos, tamoxifeno y raloxifeno.

mTOR (Diana de Rapamicina en Células de Mamífero)

Metformina/berberina: ambas elevan la enzima reguladora del metabolismo AMPK que a su vez reduce el mTOR. AMPK es una enzima antienvejecimiento presente en cada célula.

Serina (aminoácido utilizado por algunos cánceres de mama)

Aspirina.

Recuperación de Nucleósidos (Autofagia)

Dipiridamol. La célula cancerosa toma nucleósidos, ácidos grasos y otras proteínas del microentorno que la rodea en lugar de fabricarlos de cero. La quimioterapia es más efectiva en combinación con dipiridamol.

Macropinocitosis (Autofagia)

Cloroquina. Este mecanismo permite que las células cancerosas obtengan nutrientes extracelulares si escasean. La cloroquina actúa perturbando el pH de los lisosomas. Ocurre cuando los niveles de glutamina y colesterol son insuficientes; es temprana en algunos cánceres fuertemente dependientes de Ras como el pancreático y los melanomas. La combinación de cloroquina y dipiridamol podría ser sinérgica, siendo muy útil para cánceres agresivos impulsados por Ras.

Glutaminólisis

Esta importante vía descompone la glutamina para usarla en la fabricación de nuevas proteínas, enzimas y nucleótidos. Es muy activa en muchas formas agresivas de cáncer, incluido el CMTN, el pancreático, el de pulmón, el linfoma, el glioblastoma y el de próstata.

Inhibidores específicos de glutaminólisis para cánceres especialmente agresivos:

- Glutamato Deshidrogenasa/Cetoglutarato Deshidrogenasa: EGCG (té verde)

• Transporte de Glutamina: Una combinación de ácido ursólico y resveratrol, o ácido ursólico y curcumina, previene la captación de glutamina por la célula cancerosa.

• BPTES (inhibidor de glutaminasa): Nuevas versiones nanoparticuladas han mejorado su eficacia. En combinación con metformina ha mostrado resultados significativamente mejorados en cáncer de páncreas.

• L-asparaginasa: Utilizada para la leucemia infantil (LLA), es un enzima metabólico que priva no solo del aminoácido asparagina sino también de la glutamina. ¡La tasa de curación de la LLA aumentó del 5% en los años 50 al 90% actual, una prueba irrefutable de que hambrear el cáncer funciona! Ahora se está «redescubriendo» como tratamiento para otros cánceres impulsados por glutamina como el CMTN y el pancreático.

• Restricción dietética de asparagina: Si tienes uno de estos cánceres agresivos, es buena idea deplecionar la asparagina de tu dieta: se encuentra en espárragos, carne, aves y patatas. Los espárragos también tienen altos niveles de glutatión, por lo que definitivamente evítalos. Eliminar estos alimentos ha demostrado reducir las metástasis.

Nota: Las notas a pie de página 107-165 de este capítulo son referencias científicas extensas. Están disponibles en el original en inglés.

Capítulo Veintitrés:

Cómo detener las metástasis peligrosas

Hambrear el cáncer está bien, pero prevenir su propagación es aún mejor, ya que es la propagación del cáncer lo que casi siempre mata, no el primario. Aquí hay más adiciones a tu cóctel para gestionar los factores de crecimiento.

Los cambios metabólicos en la célula desencadenan cambios en el microentorno tumoral circundante. La rápida división celular crea mucho ácido láctico, el subproducto ácido de la glucólisis, que daña los tejidos circundantes. Para protegerse, el cuerpo intenta eliminar el ácido láctico fabricando nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), con un aumento del factor de crecimiento endotelial vascular.

También hay un aumento en enzimas llamadas metaloproteinasas de la matriz (MMP) que descomponen el tejido estromal circundante (andamio alrededor de la célula), permitiendo que las células cancerosas se desprendan y se propaguen. La metástasis, la propagación a órganos distantes, puede ocurrir muy pronto en el cáncer, al contrario del pensamiento médico anterior. Bloquear las MMP y otros factores de crecimiento es una parte esencial del tratamiento junto con «hambrear» el cáncer y debe iniciarse desde el diagnóstico.

La Teoría del «Gran Incendio de Londres» de Jane

Para explicar la importancia de bloquear estos factores de crecimiento, especialmente las MMP, les describo a los pacientes de cáncer mi teoría del «Gran Incendio de Londres».

El cáncer en estadio I es similar al incendio de una casa. En estadio IV es como el Gran Incendio de Londres. Lo devorará todo a su paso y es virtualmente imparable. Echar cubos de agua del Támesis no fue suficiente para apagar las llamas en el verano de 1666, pero lo que finalmente funcionó fue la destrucción de las casas en su camino, el uso de explosivos y el despejado de zonas para crear «cortafuegos», bloqueando su capacidad de saltar de casa en casa y privando al fuego de su combustible.

De la misma manera, el cáncer necesita ser detenido de su propagación creando «cortafuegos». Las metástasis (cánceres secundarios) son la causa de más del 80% de las muertes.

Tratamientos para Detener los Factores de Crecimiento Anormales

MMP-2

Quitooligosacáridos (quitina), mebendazol, propranolol, THC.

MMP-3

Sulfato de glucosamina.

MMP-9

Dipiridamol, doxiciclina, propranolol.

VEGF

Aspirina, propranolol.

PDGF (Factor de Crecimiento Derivado de Plaquetas)

Dipiridamol.

TGFβ (Factor de Crecimiento Transformador beta)

Dipiridamol.

La quitina se encuentra en el exoesqueleto de los mariscos como los langostinos (que me encantan y me aseguro de comer algo de la cáscara) y también se encuentra en abundancia en los champiñones, que comía todos los días. Creo que esta es una de las principales razones por las que los champiñones son tan beneficiosos para la prevención y el tratamiento del cáncer.

Había tomado sulfato de glucosamina, no para el cáncer sino para mi rodilla dañada, sin darme cuenta de que ayudaría a detener la propagación de mi cáncer. Y el dipiridamol es un potente inhibidor de MMP-9, la razón por la que es tan efectivo para detener la propagación del cáncer a otras partes del cuerpo.

Ocasionalmente tomo ahora el betabloqueante propranolol, que es tanto un potente inhibidor de MMP-2 como de MMP-9, pero no puede usarse al mismo tiempo que el dipiridamol, ya que ambos pueden bajar la tensión arterial. La doxiciclina, que no solo es útil para hambrear el cáncer, es otro potente inhibidor de MMP-9.

Capítulo Veinticuatro:

Cómo reiniciar el sistema inmunológico

El cáncer es el resultado de anormalidades en los glóbulos blancos (macrófagos), que se vuelven alterados. Debido a que son «propios», el cuerpo no los reconoce como el enemigo, lo que permite que el cáncer se propague sin control.

Los macrófagos se convierten en macrófagos asociados al tumor (TAM) debido a una combinación de condiciones hipóxicas (falta de oxígeno), la presencia del factor de crecimiento anormal «factor de crecimiento transformador-β» (TGF-β), citocinas inflamatorias inmunosupresoras (IL-1 e IL-10), PGE2 (mala prostaglandina) y exposición a Th2 (la respuesta inmune humoral). Estos factores convierten los macrófagos ordinarios en macrófagos asociados al tumor, y son estos pequeños «bribones» los que permiten que el cáncer crezca sin control por parte de nuestro sistema inmunológico.

Con los factores de crecimiento y las MMP detenidos, la inflamación calmada y la hipoxia mejorada, puedes reducir la transformación de los macrófagos asociados al tumor (TAM). Esos TAM en mi cuerpo habían intentado evadir la detección y erradicación por parte del resto de mi sistema inmunológico viajando por la sangre ocultos en un cúmulo de plaquetas y grasa saturada (otra razón para evitar la grasa saturada si tienes cáncer metastásico). La aspirina y el dipiridamol, ambos fármacos antiplaquetarios, actúan sinérgicamente para descomponer los cúmulos de plaquetas y exponer los macrófagos anormales al resto del sistema inmunológico. Las estatinas ayudan a bajar la cantidad de grasa disponible para estos cúmulos metastásicos en la circulación, haciéndolos más vulnerables a la erradicación. La berberina también baja los triglicéridos.

Me tomó hasta 2007 descubrir cómo rectificar la supresión de mi respuesta Th1 usando el antihistamínico cimetidina, revirtiendo el desequilibrio Th1:Th2. Esto, creo, fue el mayor impulso a mi sistema inmunológico, pero otras «grandes armas» fueron el aceite de hígado de tiburón (alquilgliceroles), los hongos chinos (p.ej. shiitake, maitake y cola de pavo), corregir mi microbioma intestinal, eliminar cualquier parásito, tomar pre y probióticos, especialmente bifidobacterias, y la berberina y la metformina que ambas alteran favorablemente la flora intestinal.

No tengo ninguna duda de que la vitamina C intravenosa dio a mi sistema inmunológico un enorme impulso, junto con la irradiación ultravioleta de sangre antes de que me dieran la vacuna dendrítica, que puede haber tenido poco efecto en realidad. Nunca lo sabré. Las vacunas se veían como el Santo Grial del tratamiento del cáncer, pero a pesar de toda esa promesa, fueron espectacularmente infructuosas. Esto fue antes de darse cuenta de que la señalización celular anormal, los factores de crecimiento y el metabolismo anormal eran los culpables, y que no funcionarían si estos no se desactivaban primero.

También soy escéptica respecto a los nuevos fármacos de inmunoterapia por las mismas razones. Superé el cáncer en estadio IV mucho antes de la invención de los nuevos «mabs» o «nibs», o cualquier nueva inmunoterapia inhibidora de PDL-1. Sin abordar ninguna de las razones precedentes por las que el sistema inmunológico está funcionando mal, el uso de estos nuevos fármacos, en mi opinión, es en última instancia fútil. No es sorprendente que el uso de muchos de los fármacos de mi cóctel metabólico y la corrección del intestino esté demostrándose que supera la resistencia a los fármacos de inmunoterapia.

Es el recableado metabólico de la célula madre tanto el problema como la respuesta. ¡Hambrear tu cáncer!

Capítulo Veinticinco:

Cómo matar el cáncer

Has detenido la señalización celular anormal. Lo has hambreado. Has detenido los factores de crecimiento. Has abordado tus problemas intestinales.

Puede que esto sea suficiente para hacer desaparecer muchos cánceres tempranos o menos agresivos, aunque este enfoque puede tardar más en lograrse (puede llevar hasta 7 u 8 meses para que los fármacos metabólicos muestren efectos). Pero ¿y si tu cáncer es agresivo, estadio 3 o 4, y no está bajo control? También necesitas reducir las células de división rápida, no solo las células madre, desencadenando la «apoptosis» o suicidio celular del cáncer.

Mebendazol

El mebendazol, el fármaco antihelmíntico (desparasitante), tiene múltiples objetivos y su beneficio más reconocido en el cáncer es para desacelerar la división celular rápida. Es un fantástico fármaco de baja toxicidad que funciona de la misma manera que el fármaco de quimioterapia vincristina, pero sin la toxicidad, lo que lo hace ideal para uso pediátrico. Exactamente igual que la vincristina, actúa interrumpiendo fatalmente la formación de microtúbulos en las células cancerosas que ocurre cuando la célula intenta dividirse, un proceso que todas las células cancerosas experimentan.

Sin embargo, el mebendazol también ayuda a reducir la señalización celular anormal (Sonic Hedgehog), es un inhibidor de MMP-2 y también hay evidencia de que ayuda a destruir las células macrófagos asociadas al tumor que suprimen la inmunidad, en combinación con quimioterapia a dosis baja. El mebendazol también activa las caspasas para promover la apoptosis. ¡Es un fármaco maravilloso! Tiene baja absorción en el intestino, pero tomarlo con algo de grasa ayudará. La piperina de la pimienta negra, que se puede comprar como suplemento, también puede ayudar a aumentar sus niveles.

Enfoque Dual: Células Madre y Células de División Rápida

La mayoría de los fármacos de quimioterapia son ácidos (lo que estimula el crecimiento tumoral) y el resultado es muchos fragmentos diminutos de células rotas, como piezas de ADN, que las células madre del cáncer metabólicamente flexibles pueden aprender a recoger y reutilizar (autofagia). Para superar a las células cancerosas, es esencial atacar tanto las células de división rápida como las células madre al mismo tiempo.

Para demostrar este enfoque dual, nota que la metformina (al 40%), un barato fármaco sin patente con pocos efectos secundarios, tiene una mayor tasa de destrucción del cáncer que la quimioterapia temozolomida (al 35%). Al combinar ambas se crea un efecto sinérgico del 94% de destrucción del cáncer, mayor que la suma de cada parte individualmente. Imagina el potencial de añadir otros fármacos metabólicos sinérgicos de baja toxicidad. ¿Quién dice que el cáncer cerebral no puede curarse?

Un estudio de 1990 demostró que la berberina sola producía un asombroso 91% de tasa de destrucción en cultivos de células de glioma, más del doble del efecto de la metformina. ¡El 91%! Impresionante. Combinando la berberina con BCNU (carmustina) se obtuvo una masiva tasa de destrucción del 97%.

Combinando Quimioterapia con AINEs

Los AINE son potentes fármacos anticancerígenos. Se ha descubierto que no «hambrean» el cáncer, sino que desencadenan la apoptosis cuando se usan a dosis suficientemente altas. Los AINE no aspirínicos interrumpen la fase «S» de la división celular, el punto cuando la célula fabrica nuevo ADN. Esta es la fase de la división celular más receptiva a los fármacos de quimioterapia convencional y la fase cuando las células cancerosas son más resistentes a la radioterapia.

Si se usaran en cóctel con la vitamina C intravenosa, berberina, mebendazol, un AINE no aspirínico (usado a corto plazo o «pulsado») junto con quimioterapia, ¿podría la dosis máxima tolerada reducirse drásticamente? La quimioterapia es útil, no cabe duda, pero la dosis máxima tolerada es demasiado elevada, particularmente para el paciente de estadio IV cuando la toxicidad y el nivel de inmunosupresión a menudo matan al paciente más rápidamente que si no hubiera quimio.

Muerte por Caspasas

La activación de caspasas es una opción más segura e infrautilizada para promover la muerte de células cancerosas, aunque puede tardar más en lograrse. La «cascada de caspasas» natural se activa cuando el estado antioxidante (redox) de la célula cancerosa se altera en la membrana mitocondrial.

Las células cancerosas sobreviven manteniendo el glutatión, el antioxidante maestro, en un nivel suficientemente alto para mantenerlas alejadas de la autodestrucción. Reducir sus niveles hace que estas células de división rápida queden indefensas. Si el glutatión se reduce y los niveles de ROS (especies reactivas de oxígeno) aumentan, la célula cancerosa se vuelve inestable e incapaz de mantenerse y resulta la apoptosis.

Cómo Elevar las ROS (Radicales Libres de Oxígeno)

1. Vitamina C intravenosa

He presenciado personas quejándose de que la vitamina C intravenosa les empeoró. Esto es probable en algunos cánceres ya que bloquea la glucólisis (glucosa), por lo que empujará a los cánceres impulsados por glutamina a ser aún más agresivos si no se han bloqueado otras líneas de combustible de glutamina primero. El Profesor Michael Lisanti demostró que bloquear las vías de glutamina con doxiciclina antes de administrar la vitamina C intravenosa con berberina era muchas más veces efectivo: por sí sola, la vitamina C intravenosa es 10 veces más letal para las células madre del cáncer que la quimioterapia. Cuando esto se combina con doxiciclina, la sinergia se multiplica hasta ser 100 veces más efectiva.

2. Otros métodos de oxigenación

Explorar el ozono, la terapia de oxígeno hiperbárico (TOHB) y el DMSO. El TOHB puede ser útil para ayudar a prevenir la neuropatía durante ciertas infusiones de quimioterapia.

3. Artemisinina

Puede ser bastante tóxica y solo debe usarse bajo la orientación de un médico cualificado, a pesar de ser «natural».

4. Niclosamida

El pretratamiento con niclosamida sensibiliza las células a la apoptosis con peróxido de hidrógeno (vitamina C intravenosa). Dado sus muchos otros objetivos (Stat3, Notch, OXPHOS, NF-κB, Wnt/β-catenina, mTOR), este viejo fármaco desparasitante ha subido a una de mis mejores elecciones de fármacos.

Cómo Bajar el Glutatión

El glutatión se fabrica a partir de glutamato (de la glutamina), glicina y cisteína. El truco es bajar la cisteína, ya que el cuerpo tiene acceso inmediato a la glicina y el glutamato. Para bajar la cisteína, evita los suplementos de L-cisteína y NAC, la proteína de suero de leche y los espárragos. Posiblemente evitar también el caldo de huesos durante una «fase de destrucción». Ciertos antioxidantes también deben evitarse: CoQ10, vitamina C a dosis baja y vitamina E neutralizarán los radicales libres que necesitas.

El sulforafano, a pesar de sus otros efectos beneficiosos sobre el cáncer, reduce la actividad de la caspasa-3 mientras regula al alza el Bcl-2, lo que frena la apoptosis, por lo que debe detenerse durante una «fase de destrucción», al igual que la luteolina.

1. Estatinas

Las estatinas obtienen mala fama por su efecto reductor de glutatión en otras enfermedades (p.ej. cardiovasculares), pero este es un enorme beneficio para los pacientes de cáncer: las estatinas aumentan la destrucción cancerosa de los AINE no esteroideos cinco veces. Los efectos secundarios de las estatinas pueden detenerse o reducirse con la adición de resveratrol, metformina, berberina y algunos suplementos como los aceites omega-3, el escualeno (aceite de hígado de tiburón o aceite de oliva) y la vitamina D.

2. Matricaria (partenólido)

Un botánico natural que reduce el glutatión, genera especies reactivas de oxígeno y activa las caspasas 7, 8 y 9.

3. Sulfasalazina

Bajar el glutatión y resensibilizar el cáncer a la quimioterapia con sulfasalazina ha demostrado ser útil para el cáncer pancreático extremadamente resistente.

La Estrategia Presionar-Pulsar

El Profesor Thomas Seyfried, autor de Cancer as a Metabolic Disease, le gusta el enfoque de presionar-pulsar. Cree que el entorno del cáncer debe ser estresado reduciendo la disponibilidad de nutrientes, usando la dieta cetogénica y un inhibidor de la glucólisis (2-desoxiglucosa), combinando con EGCG, terapia de oxígeno hiperbárico y el inhibidor de macropinocitosis cloroquina sulphate.

Está obteniendo éxito en pacientes con glioblastoma con este cóctel, que muestra la prueba de este concepto multipronged de «hambrear». Si miras mi Mapa del Metro puedes ver qué rutas están bloqueadas con esta combinación.

Si pruebas la dieta cetogénica, que beneficia a algunos pacientes, sería prudente, en mi opinión, añadir otras modalidades de privación (como la berberina que ataca la vía del acetato/cetona bloqueando SREBP-1) para evitar que el cáncer se vuelva más agresivo y difícil de tratar a largo plazo.

Valter Longo, gerontólogo de la Universidad del Sur de California, también ha demostrado el principio de «hambrear el cáncer». Ha mostrado una mayor destrucción del cáncer con una dieta que imita el ayuno de cinco días donde se retienen alimentos y calorías específicos, seguida de quimioterapia a dosis bajas.

Resumen

Privarlo. Detener su propagación. Apagarlo.

1. Hambrear el cáncer usando las cuatro modalidades: ejercicio, dieta, suplementos y los fármacos fuera de indicación. Las modificaciones del estilo de vida son tan importantes como los fármacos.

a) Una dieta de bajo índice glucémico en todo momento. ¡Sin hacer trampas! Evitar todos los azúcares simples. Si tu cáncer está impulsado por la glutamina, eliminar la carne roja e incluso las aves (asparagina) y reducir otras proteínas. Todos los cánceres necesitan grasa, así que eliminar también las grasas saturadas. Tomar aceite de espino amarillo y suplementar con aceites omega-3.

b) Incluir el ayuno intermitente (alimentación restringida en el tiempo) en tu régimen pero no por períodos prolongados mientras tengas cáncer. Ayunar uno o dos días a la semana o dejar de comer después de las seis de la tarde hasta las 11 o el mediodía del día siguiente.

c) Ejercicio. Quince minutos después de cada comida, dar un paseo a paso vivo y ¡apretar los glúteos! Hacer más ejercicio si puedes. Salir a caminar 15 minutos después de cenar en lugar de ver la televisión en el sofá pagará dividendos.

d) Investigar los fármacos fuera de indicación. Los principales recomendados para hambrear el cáncer son: aspirina, metformina, estatinas lipofílicas, dipiridamol, mebendazol, doxiciclina, niclosamida. Ser selectivo. Combinar fármacos y suplementos que apunten a diferentes vías. No «auto-hackear» sin supervisión médica.

2. Añadir suplementos: berberina, gymnema sylvestre, picolinato de cromo, hidroxicitrato, luteolina, vitaminas A, B, D, K, magnesio, ácido ursólico, curcumina, EGCG, resveratrol, sulfato de glucosamina, niacina, omega-3 y omega-7. Recordar monitorizar los niveles de glucosa en sangre con un glucómetro.

3. «Pulsar» un AINE más potente (etodolac, celecoxib, diclofenaco o la versión liposomal del ibuprofeno) con una estatina para desencadenar la apoptosis. Para el mejor efecto anticancerígeno combinar con quimioterapia metrónoma a dosis baja y vitamina C intravenosa.

4. Ser proactivo. No esperar hasta que el cáncer esté progresando antes de tomar medidas. Prevención. Prevención. Prevención.

5. Descubrir los impulsores metabólicos individuales de tu cáncer investigando en PubMed. Escribir «Fenotipo Metabólico» más tu tipo de cáncer en Google. Buscar palabras en los artículos que correspondan a palabras en el Mapa del Metro.

6. Averiguar los cambios genéticos en tu tumor (la histología). Las mutaciones y los genes sobreexpresados hacen que la célula cancerosa tenga más hambre de ciertos nutrientes. Los oncogenes activan y los genes supresores desactivan las células cancerosas. La dieta, los

suplementos, el ejercicio y los fármacos afectan la actividad de los genes.

7. Exigir marcadores metabólicos regulares de tu enfermedad. Marcadores antigénicos (CA15-3 para mama, CA19-9 para gastrointestinal, CA-125 para ovario, CEA, SCC, etc.), prueba TM2PK (también conocida como PKM2), niveles de lactato deshidrogenasa (LDH), escáner PET.

8. Visitar a un médico en medicina funcional. Realizarse pruebas de estado de micronutrientes, comprobación de tiroides, niveles de DHEA y análisis de heces (para parásitos), así como pruebas genéticas.

9. Combinar terapias. Tomar fármacos genéticos dirigidos si están disponibles para debilitar y reducir las células de división rápida. Tomar fármacos de inmunoterapia con cautela, sabiendo que funcionan mejor cuando el microbioma es saludable.

10. Se pueden añadir otros tratamientos al protocolo para aumentar las posibilidades de deshacerse del cáncer (p.ej. terapia fotodinámica, ultrasonidos de alta intensidad, radioterapia estereotáctica, hipertermia).

11. Atacar los factores de crecimiento y las MMP con suplementos y fármacos. El papel de la matriz extracelular y el bloqueo de las MMP así como del FGF, VEGF y PDGF no está suficientemente apreciado. Bloquearlo es crítico para detener el crecimiento.

12. Bloquear el estrógeno que impulsa ciertos cánceres. Indol-3-carbinol o DIM, melatonina, metformina y por supuesto tamoxifeno.

13. Investigar fármacos/suplementos para atacar las vías de señalización anormal de tu tumor (Sonic Hedgehog, Wnt, Notch).

14. Potenciar la inmunidad. Considerar tomar cimetidina durante tres meses después del tratamiento si has cambiado a una respuesta inmune más Th2. Varios hongos chinos (maitake, cola de pavo) ayudarán.

15. Oxigenar usando vitamina C intravenosa o liposomal (ascorbato) a dosis alta, al menos 3 veces a la semana, asegurándose también de bloquear las vías de grasa y glutamina.

16. Evitar el estrés siempre que sea posible. Meditación, visualizaciones, yoga, pilates, baños relajantes. Si estás particularmente estresado, el propranolol puede ser una buena elección.

17. Comprender el estadio de tu enfermedad e investigar por cuenta propia. Ponerse en el asiento del conductor. Recordar que las estadísticas no se aplican a ti. ¡Preguntar, ser molesto! Cuanto peor sea el pronóstico, más acción necesitas tomar.

18. Ser organizado. Visita www.howtostarvecancer.com para descargar un gráfico. Hacer una lista de lo que estás tomando y cuándo. Dedicar una hora a la semana a organizar las pastillas.

19. Escuchar a tu intuición pero no siempre «seguir el instinto». ¡Tu instinto bien podría decirte que comas azúcar!

20. ¡Mantener la mente abierta! Habrá mucha gente diciéndote que evites la quimioterapia y todos los fármacos a toda costa. La quimioterapia metrónoma a dosis baja es completamente diferente a la dosis máxima tolerada que generalmente se administra.

El cáncer es complicado. Pero no tanto como querría hacerte creer la industria farmacéutica. Vencer el cáncer requiere dedicación y si estás comprometido, creo firmemente que casi todos los cánceres, incluso el estadio IV (a menos que el daño de los órganos sea demasiado grave), pueden revertirse y que es posible lograr una remisión a largo plazo (una «cura») sin las enormes dosis tóxicas de quimioterapia y radioterapia del estándar de atención actual.

Hoy en día sigo tomando berberina y/o metformina y media aspirina diariamente, y sigo traqueteando con unos 15 suplementos clave. Cuido mi intestino con una buena dieta, tomo probióticos y prebióticos ocasionales para mantener mi sistema inmunológico funcionando óptimamente. Si me preocupa que el cáncer podría estar volviendo, lo cual ocurre (soy humana), tomo mi cóctel de dipiridamol, estatina, un potente AINE, metformina y berberina durante unas semanas. He seguido manteniéndome sana.

¡Espero que después de leer este libro no te asuste la tarea por delante! Siempre, por supuesto, bajo orientación médica. No te rindas. Dar un impulso del equilibrio de destruirte el cáncer a destruir tú el cáncer podría ser la simple adición de uno o dos fármacos más de baja toxicidad. Dale tiempo para funcionar; puede tardar varios meses, pero pon el esfuerzo y las recompensas son inmensas. ¡Cree en ti mismo. Puedes lograrlo!

Referencias Útiles y Lecturas Adicionales

A continuación se presentan las principales referencias científicas y libros recomendados por la autora para profundizar en el enfoque metabólico del cáncer:

1. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. Cell 100(1), 57-70 (2000).
2. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. Cell 144(5), 646-674 (2011).
3. Warburg O, Wind F, Negelein E. The metabolism of tumors in the body. J. Gen. Physiol. 8, 519-530 (1927).
4. Warburg O. On the origin of cancer cells. Science 123(3191), 309-314 (1956).
5. De Berardinis RJ, Chandel NS. Fundamentals of cancer metabolism. Sci. Adv. 2(5), e1600200 (2016).
6. Vander Heiden MG, Cantley LC, Thompson CB. Understanding the Warburg effect: the metabolic requirements of cell proliferation. Science 324(5930), 1029-1033 (2009).
7. Koppenol WH, Bounds PL, Dang CV. Otto Warburg's contributions to current concepts of cancer metabolism. Nat. Rev. Cancer 11(5), 325-337 (2011).
8. Pearce EL. Metabolism in T cell activation and differentiation. Curr. Opin. Immunol. 22(3), 314-320 (2010).
9. Le A, Lane AN, Hamaker M et al. Glucose-independent glutamine metabolism via TCA cycling for proliferation and survival in B cells. Cell Metab. 15(1), 110-121 (2012).
10. Fan J, Kamphorst JJ, Mathew R et al. Glutamine-driven oxidative phosphorylation is a major ATP source in transformed mammalian cells in both normoxia and hypoxia. Mol. Syst. Biol. 9(1), 712 (2013).

Libros recomendados por la autora:

- Seyfried TN. Cancer as a Metabolic Disease: On the Origin, Management, and Prevention of Cancer. Wiley, 2012.
- DeVita VT, DeVita-Raeburn E. The Death of Cancer. Sarah Crichton Books, 2015.
- Williams BH. Surviving 'Terminal' Cancer: Clinical Trials, Drug Cocktails and Other Treatments Your Oncologist Won't Tell You About. Fairview Press, 2002.
- Winters N, Kelley JH. The Metabolic Approach to Cancer. Chelsea Green Publishing, 2017.
- Longo V. The Longevity Diet. Avery Publishing Group, 2018.

Para más información, recursos y actualizaciones sobre el protocolo metabólico, visitar: www.howtostarvecancer.com y unirse al grupo de Facebook: www.facebook.com/groups/off.label.drugsforcancer

— TRADUCCIÓN COMPLETA —

Cómo hambrear al cáncer… sin hacerte pasar hambre a ti mismo

Por Jane McLelland

Resumen de las partes de la traducción:

■ Parte 1: Material preliminar · Prólogo · Introducción · 10 pasos · Caps. 1–2

■ Parte 2: Capítulos 3 · 4 · 5 · 6

■ Parte 3: Capítulos 7 · 8 · 9

■ Parte 4: Capítulos 10 · 11 · 12 · 13

■ Parte 5: Capítulos 14 · 15 · 16 · 17

■ Parte 6: Capítulos 18 · 19 · 20 · Entrada FB · Parte Dos · Cap. 21

■ Parte 7 (FINAL): Capítulos 22 · 23 · 24 · 25 · Resumen · Referencias